

Skjønn og prioriteringsregler:

En kvalitativ undersøkelse av spesialisters
erfaringer med prioriteringsvurderinger
i psykisk helsevern

Elisabeth Mork og Harald Aasen



Masteroppgave i Helseadministrasjon

UNIVERSITETET I OSLO

10.11.2011

Skjønn og prioriteringsregler

*En kvalitativ undersøkelse av spesialisterserfaringer med
prioriteringsvurderinger i psykisk helsevern*

© Forfatter

År

Tittel

Forfatter

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Denne undersøkelsen har fokus på spesialisters erfaringer med prioriteringsvurderinger i psykisk helsevern. Det blir innledningsvis gjort rede for bakgrunn for nåværende lovverk og forskrifter, samt utvikling av prioriteringsveilederen. Tidligere undersøkelser om prioriteringsbeslutninger presenteres, og et teoretisk grunnlag for undersøkelsen basert på rettsosiologi, teorier om skjønn og rolleforståelse, utledes. Observasjoner fra et arbeidsseminar for prioriteringsansvarlige i Helse Sør-Øst og dybdeintervju av åtte prioriteringsansvarlige spesialister på distriktpsikiatriske sentre utgjør det empiriske grunnlagsmaterialet i oppgaven. En kvalitativ, metodisk tilnærming med hovedvekt på et semistrukturert intervju ble valgt for å belyse våre forskningsspørsmål. Funnene fra undersøkelsen indikerer positive holdninger til prioriteringer generelt, men vesentlige utfordringer for anvendelse i fagområdet spesielt. Det foreligger klare tendenser til variert utøvelse av skjønn. Det biomedisinske grunnlaget for prioriteringsveilederen utfordres, og utvikling av et særegent prioriteringsskjønn der kontekstuelle faktorer, lokal erfaring og kjennskap til opptaksområdet integreres, samt kontinuerlig refleksjon over egen vurderingspraksis, introduseres som et alternativ. Med hensyn til faktorer som vektlegges i prioriteringsvurderingene fremkommer det forhold som ikke er beskrevet i forskrift eller veileder, og kapasitetshensyn er i så måte et fremtredende funn. Lovgivers intensjon blir også utfordret ved at andre hensyn enn den enkelte pasients helsemessige tilstand vektlegges i vurderingene. Mye tyder på at krav fra både lokal og sentral ledelse om økt produksjon, budsjettlojalitet og ingen fristbrudd påvirker vurderingene. Dette oppleves av informantene som problematisk med hensyn til lov og forskrift. Undersøkelsen viser videre at det foreligger et krevende spenningsforhold mellom en identitet og rolleforståelse som kliniker og fagperson på den ene siden, og samtidig være portvokter for spesialisthelsetjenester på den andre. Konsekvensene av kryssende styringssignaler, vektlegging av kapasitetshensyn og identitetsutfordringer, er fare for tillitsbrudd mellom ulike sentrale aktører. Disse omfatter fagpersonene, det distriktpsikiatriske senteret, sykehuset og pasientene. Mest alvorlig er fare for tillitsbrudd mellom befolkningen på den ene siden, og lovverket og myndighetene på den andre. På bakgrunn av funnene gis det til slutt noen anbefalinger for å øke kvaliteten på prioriteringene og bedre pasientenes rettsikkerhet.

Forord

I likhet med det norske helsevesenet har begge forfatterne av denne oppgaven begrenset kapasitet. Å få satt av nok tid til å gjennomføre intervjuer og skrive en masteroppgave ved siden av fulltidsjobber har derfor satt store krav til vår evne til å prioritere og fordele arbeidsoppgavene underveis. I innledningen har Mork har hatt ansvar for utredning av lovforarbeidene, forskriften, og revisjonene til Riksrevisjonen og Helsetilsynet, mens Aasen har hatt hovedfokus på det teoretiske grunnlaget og metodedelen. Videre har Aasen hatt ansvaret for planlegging og gjennomføring av intervjuene, og Mork har hatt ansvar for analysene og skriftlig bearbeiding av funnene. Tolkningene og diskusjonsdelen er et resultat av begge forfatters gjennomlytting av intervjuene og mange drøftinger underveis i analyseprosessen. For å unngå altfor store variasjoner i språkføring har Aasen hatt det overordnede ansvaret for integrering og sammenskriving av de ulike delene i oppgaven til en tekst. Selv om vi underveis i arbeidet har fordelt ansvar for ulike områder, har vi hatt mange diskusjoner og satt av god tid til felles bearbeiding av materialet underveis. Vi opplever at det har resultert i at begge har godt kjennskap til, eierskap i, og solidarisk ansvar for, helheten i oppgaven.

Å prioritere er å gjøre en ting på bekostning av noe annet. Våre prioriteringer underveis i arbeidet med masteroppgaven har nødvendigvis fått konsekvenser for andre. Vi er derfor meget takknemlig for at våre familier i en lengre periode har vist stor tålmodighet og raushet overfor oss. Vi vil også takke våre arbeidsgivere i Vestre Viken og Ahus som har gitt oss tid og anledning til å fullføre dette prosjektet. En spesiell takk biblioteket på Bærum Sykehus som har vært meget behjelpelige med å finne artikler og bøker, og til Hege Hellum (Aasens kone og redaktør i Norsk Ordbok) som har brukt sine norskkunnskaper i en siste gjennomgang av oppgaven.

En meget stor takk til våre informanter som i en meget travel arbeidshverdag har prioritert å sette av tid til å la seg intervju om et spennende og krevende tema. Takk også til Prioriteringsprosjektet til Helse Sør Øst ved Anne Aasen og Per Arne Holman som lot oss få delta som observatører på prioriteringsseminaret på Holmen i mars 2011.

En særlig stor takk til vår veileder Eli Feiring som med en kombinasjon av god faglig innsikt, engasjement for temaet og motiverende egenskaper har ledet oss fremover i prosessen.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	XIII
1.1	1.2 Oppbygning av oppgaven.....	XIII
2	Bakgrunn	XV
2.1	Utvikling av prioriteringsreglene.....	XV
2.2	Fagmiljøenes vurdering	XVII
2.3	NOU 1997:18; “Prioriteringer på ny”	XVIII
2.4	Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften	XXII
2.5	Utvikling av prioriteringsveileder for psykisk helsevern	XXV
3	Tidligere undersøkelser	XXVIII
3.1	Riksrevisjonens undersøkelse av distriktopsykiatriske sentre	XXVIII
3.2	Helsetilsynets landsomfattende revisjon av distriktopsykiatriske sentre	XXX
3.3	Prosjektet Rett Prioritering i Helse Sør Øst.....	XXXII
3.4	Forskningsprosjekt om prioriteringsvurderinger i psykisk helsevern	XXXIII
4	Teori	XXXV
4.1	Rettighetsvurderinger og ekstralegale faktorer.....	XXXVI
4.2	Skjønn.....	XXXVIII
4.3	Rolleforståelse og identitet	XLI
5	Metode.....	XLVI
5.1	Problemstillinger for vår undersøkelse.....	XLVI
5.2	Bakgrunn for valg av metode	XLVII
5.3	Prosjektledernes forforståelse.....	XLVIII
5.4	Andre metodiske betraktninger	L
5.5	Studiedesign.....	LI
6	Funn og tolkninger	LIII
6.1	Observasjoner fra forarbeidet	LIII
6.2	Funn fra dybdeintervjuer av prioriteringsansvarlige	LV
6.3	Intervjusituasjonen.....	LVI
6.4	Om å prioritere.....	LVII
6.5	Om prioriteringsforskriften og veilederen	LVIII
6.6	Om vurderingsgrunnlaget	LIX
6.7	Om betydningen av sosial kontekst	LXI

6.8	Om kapasitetshensyn	LXIV
6.9	Om kryssende styringssignaler	LXVI
6.10	Om utøvelse av skjønn	LXVIII
6.11	Om opplevelse av rolle	LXXI
6.12	Informantenes subjektive opplevelse	LXXIV
7	Diskusjon	LXXVII
7.1	Anerkjennelse av prioriteringsbehovet	LXXVII
7.2	Skjønn og prioriteringsregler	LXXIX
7.3	Et utvidet skjønnsbegrep	LXXXI
7.4	Kapasitetshensyn	LXXXV
7.5	Kryssende styringssignaler	LXXXVII
7.6	Rolleforståelse	LXXXIX
7.7	Fare for tillitsbrudd	XCII
7.8	Metodiske betraktninger og begrensninger	XCIV
7.9	Oppsummering og konklusjon	XCVII
	Litteraturliste	XCIX
	Vedlegg	CV

1 Innledning

Hovedfokuset i denne oppgaven er å undersøke nærmere hvordan prioriteringsbeslutninger blir gjort av de som er ansvarlig for vurderinger av henvisninger inn til spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern. Vi ønsker gjennom vår undersøkelse å oppnå økt innsikt i vurderingene som gjøres ved å intervjuere spesialister om hvordan det oppleves å gjøre dem, hvilke faktorer som blir vektlagt i vurderingene, utforske hvordan de utøver skjønn i beslutningsprosessen og hvordan de ser på sin rolle og identitet som prioriteringsansvarlige. Utvalget bak utredningen “Prioriteringer på ny” slår fast at vi vet for lite om hvordan prioriteringsbeslutninger fattes i norsk helsevesen (NOU 1997:18). Mye tyder på at dette fortsatt er tilfellet over ti år senere. For å bidra til økt kunnskap på dette området har vi derfor en målsetting om at vår undersøkelse skal gi et viktig innblikk i hvordan prioriteringsbeslutninger blir gjort i spesialisthelsetjenesten.

Vi har valgt ut prioriteringsvurderinger av henvisninger til Distriktpsikiatriske sentre (DPS) i psykisk helsevern som fokusområde fordi dette er et fagområde begge prosjektlederne kjenner godt gjennom egen erfaring fra klinisk og administrativt ansvar. Samtidig foreligger det empiriske undersøkelser om prioriteringsbeslutninger i dette fagområdet fra tidligere undersøkelser gjennomført av Riksrevisjonen (Riksrevisjonen dok 3:5, 2008-09) og Helsetilsynet (Rapport 3/2010) i etterkant av opptrappingsplanen (St.prp. 63; (1997-98)) og et pågående forskningsprosjekt (Holman, 2011). Prioriteringer av henvisninger til psykisk helsevern framstår også som spesielt interessant da det er grunn til å tro at sykdomstilstandenes mangfoldighet og egenart gjør vurderingene spesielt utfordrende.

1.1 1.2 Oppbygning av oppgaven

Vi vil i oppgaven først gjøre rede for bakgrunnen for prioriteringer i helsevesenet og utarbeidelsen av lovverket. Vi går kort inn på NOU 1987:23 (Retningslinjer for prioriteringer

i norsk helsetjeneste; 'Lønning 1'), og viser til flere kritiske undersøkelser og kommentarer i etterkant av implementeringen av de første prioriteringsreglene og ventelistegarantien. Vi går deretter mer inngående gjennom NOU 1997: 18 (Prioriteringer på ny; 'Lønning 2') og lovforarbeidene til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Vi velger å bruke mye plass på lovforarbeidene til prioriteringsforskriften fordi dette er viktig for å forstå vårt fokus og problemstillinger for undersøkelsen. Videre beskriver vi kort myndighetenes arbeid for å etablere enhetlig praksis gjennom utvikling av prioriteringsveiledere og Helse Sør Østs prioriteringsprosjekt. Vi presenterer deretter funnene fra undersøkelsene til Riksrevisjonen og Helsetilsynet, samt den store variasjonen i praksis som også kommer fram gjennom andre empiriske undersøkelser.

Etter presentasjonen av lovverket og de undersøkelsene som foreligger om prioriteringsbeslutninger i fagområdet, utleder vi en teoretisk plattform som kan gi et grunnlag for å forstå de betydelige utfordringene undersøkelsene har avdekket. Vi tar da utgangspunkt i rettsosociologisk teori, teorier om skjønnsbegrepet, og om profesjonsidentitet. Vi har valgt å gjøre rede for en teoretisk plattform etter å ha vist til det som foreligger av empiri fra praksis, fordi det så langt vi vet ikke foreligger undersøkelser av prioriteringsvurderinger som setter de empiriske funnene i en teoretisk ramme utover å gjøre rede for lovverket og lovforarbeidene. Forskningsspørsmål for undersøkelsen og bakgrunnen for valg av metode begrunnes i neste delkapittel, og metodisk fremgangsmåte utledes deretter. Funnene fra intervjuundersøkelsen og tolkninger av disse blir gjort rede for i det neste kapittelet. Til slutt diskuteres funnene i lys av lovforarbeidene, teori og tidligere empiri, og mulige implikasjoner for prioriteringsarbeidet drøftes.

2 Bakgrunn

2.1 Utvikling av prioriteringsreglene

Det har siden 1980-tallet vært et økende fokus på pasientrettigheter og prioriteringer i norsk helsevesen generelt, og spesialisthelsetjenesten spesielt. I takt med økende utgifter til helsetjenestene, kombinert med rask medisinsk utvikling og befolkningens krav om helsetjenester, er prioriteringsspørsmålet blitt satt på dagsorden ved flere anledninger. Myndighetene har selv vært med på å sette dagsorden og temaet har også fått omfattende dekning i media. Det er sterk tverrpolitisk enighet i norsk helsepolitikk om at helsetjenester er et grunnleggende gode for alle, og at tjenestene skal være tilgjengelige og rettferdig fordeelte. Dette fastslås på nytt gjennom Nasjonal helseplan (2007-2010) og er i tråd med grunnleggende verdier i vårt samfunn som demokrati, likeverd og rettferdighet (NOU 1997:18). Prioriteringer i helsevesenet er derfor spesielt viktig da det har avgjørende betydning for hvordan helsetjenester fordeles i befolkningen.

Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften utgjør det lovmessige grunnlaget for prioritering av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med prioriteringsreglene begynte med at regjeringen Willoch i 1985 satte ned et utvalg ledet av professor Lønning som skulle belyse prioriteringer i helsesektoren, og vurdere og foreslå ulike kriterier og retningslinjer som kunne legges til grunn ved prioritering (NOU 1987:23). Den politiske bakgrunnen for utvalgets arbeid var økende ventelister av pasienter som sto i kø for behandling i spesialisthelsetjenesten til tross for økende bevilgninger til helsevesenet, samt en erkjennelse av at det forelå en mangel på prioriteringssystemer. Ifølge utvalget medførte mangelen til at det i for stor grad var opp til legenes eget skjønn å foreta prioriteringer, samtidig som sterke interesser fikk stor innflytelse overfor overordnede politiske føringer (NOU 1987:23).

Resultatet av utvalgsarbeidet var angivelse av fem forskjellige prioriteringsnivåer i helsetjenesten og utvikling av prioriteringskriterier der alvorlighetsgraden ved tilstanden skulle angi hvor høy prioritet et tiltak skulle ha i spesialisthelsetjenesten (NOU 1987:23). Som en følge av utvalgsarbeidet ble arbeidet med utvikling av en ny pasientrettighetslov startet (NOU 1992:8). Innstillingen fra dette utvalget ble et lovforslag som la til grunn en omfattende utvidelse av pasienters rett til behandling, og vurdering og utredning skulle gis innen en frist på 60 dager. En ubetinget rett til behandling og/eller pleie og omsorg ble dessuten foreslått lovfestet dersom pasienten hadde en alvorlig sykdom, skade eller funksjonshemming (NOU 1992:8). En viktig side ved rettighetsfestingen var forslaget om at pasienten fikk krav på erstatning i form av dagbøter for det ansvarlige sykehusets eier (fylkeskommunen).

Regjeringen ville imidlertid ikke gå inn for det opprinnelige lovutkastet (St.m. nr 50, 1993-94). Argumentene mot var bl.a. at et rettskrav på behandling for alle som var alvorlig syke ville medføre at det ble færre ressurser til de som var mindre syke, selv om det kunne skje med god effekt. Man problematiserte dessuten skillet mellom alvorlig sykdommer og mindre alvorlige sykdommer, og påpekte at dette ville kunne bli vurdert ulikt.

Prioriteringsprinsippene ble også drøftet, og det ble slått fast at man i større grad ønsket å vektlegge behandlingseffekt. Ved kun å prioritere ut i fra alvorlighetsgrad, ville dette kunne medføre at det ble mindre ressurser til å behandle mindre alvorlige tilstander med god behandlingseffekt. Regjeringen foreslo videre å lovfeste en rett til nødvendig spesialisthelsetjeneste, men at denne skulle begrenses til kapasitet, nærmere bestemt økonomi, tilgang på personell og utstyr. Sosialkomiteen uttalte på sin side at det er ”..*vanskelig å se at dette vil være en reell rettighetsfesting med de forbehold om ressursituasjonen som ligger i forslaget.*” (Innst. S. nr 165, 1994-95, kap. 8.2). Dette er en innvending vi også vil komme nærmere tilbake til under redegjørelsen for NOU 1997: 18.

Som et resultat av arbeidet med de første prioriteringsreglene, ble sykehusene gjennom en ny forskrift (forskrift av 25 juli 1990) pålagt å føre ventelisteregistre og å prioritere pasienter for behandling basert på prinsippene foreslått i NOU 1987:23. Kjernen i prioriteringssystemet skulle være tilstandens alvorlighet. Pasienter som ble vurdert til å ha en så alvorlig sykdom at manglende behandling ville ha katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser, ble garantert

behandling inne seks måneder. Syv år etter ble denne forskriften erstattet med en ny (forskrift av 27 juni 1997). Behandlingsgarantien ble endret fra seks til tre måneder. Kriteriene for alvorlighet ble forsøkt strammet inn da prioriteringspraksis viste seg å ha blitt et system der det ble mer lagt vekt på diagnose enn alvorlighet.

2.2 Fagmiljøenes vurdering

Både underveis og i etterkant av arbeidene med prioriteringsreglene foregikk det en viktig debatt i fagmiljøet om hvordan prioriteringsregler og ventelistegarantien virket i praksis. En undersøkelse blant prioriteringsansvarlige ved ulike sykehusavdelinger som ble gjennomført av Lian og Kristiansen (1998), viste at det var lite samsvar mellom prioriteringsreglene og helsearbeidernes egne normer for prioriteringer. Det viste seg også at respondentene la størst vekt på sine egne oppfatninger i sine vurderinger om hva som var rett og galt. Undersøkelsen avdekket videre et negativt syn på ventelistegarantien som prioriteringsvirkemiddel, og under en femtedel mente garantien hadde ført til en rettferdig fordeling av helsetjenester. Forfatterne mener de negative holdningene henger sammen med problemene med å fortolke kriteriene og å etterleve garantitiden på egne avdelinger. En annen undersøkelse i samme tidsperiode viste at en stor andel av pasientene som sto på en venteliste med fare for å oppleve garantibrudd, var såpass velfungerende og lite hemmet av sin sykdom at de ifølge forfatterne strengt tatt ikke skulle hatt noen garanti i første omgang (Åbyholm et al 1998). Videre undersøkte Kristoffersen og Piene (1997) anvendelse av et skåringsskjema basert på prioriteringskriteriene fra NOU 1987 som skulle brukes ved tildeling av ventelistegaranti. De fant at bruk av skåringsskjemaet ikke gav større overensstemmelse i vurderingene enn om man ikke brukte det, og det var fortsatt stor uenighet mellom fagfolkene om de enkelte pasientene skulle ha ventelistegaranti eller ikke.

I en kommentar til undersøkelsene slår Piene (1998) fast at “*..forskriften faller på steingrunn*” (sitat Piene, 1998, vårt kursiv) til tross for tilsynelatende sammenfallende intensjoner hos lovgiver og prioriteringsansvarlige. Guldvog (1997) mener i nok en kritisk kommentar at fokuset på ventetidsgarantien er meningsløst. Han viser til at garantien er en politisk, og ikke medisinsk konstruksjon, og at de ulike garantigrensene er faglig dårlig fundert. Han påpeker også at konsekvensene ved garantibrudd fører til taktiske tilpasninger ved sykehusene for å unngå økonomiske tap, noe som fører til en konflikt mellom garantien og faglige vurderinger. Han konkluderer med at de store variasjonene i skjønnsutøvelse og garantitildeling gir grunn til alvorlig refleksjon. Daværende president i Den Norske Legeforening er på linje med de kritiske kommentarene idet han fastslår at: “*..regelverket er nytteløst som grunnlag for prioritering på individnivå*”(sitat hentet fra Husom, 2000, vårt kursiv).

Det er flere viktige momenter ved de kritiske kommentarene til de første prioriteringsreglene som også senere har vist seg å være relevante, spesielt i etterkant av de større revisjonene av prioriteringsbeslutninger i psykisk helsevern i 2008 og 2009. Det er også interessant å merke seg konturene av en motsetning mellom styrende myndigheter og fagmiljøene med hensyn til praktisering av prioriteringsreglene og vurderingen av deres funksjonalitet. Og ikke minst ser vi hvor sentralt debatten omkring prioriteringskriteriene og forbehold om spesialisthelsetjenestens økonomi og kapasitet er. Vi vil komme tilbake til dette senere i oppgaven etter presentasjonen av NOU 1997:18.

2.3 NOU 1997:18; “Prioriteringer på ny”

Etter ti år med erfaringer viste det seg altså at prioriteringskriteriene fra NOU 1987 likevel ikke var et godt nok grunnlag for prioriteringer i helsetjenesten. Som referert ovenfor var det en økende misnøye i fagmiljøet med prioriteringsreglene og ventelistegarantien slik denne var utformet i den nye forskriften. Det politiske miljøet hadde også tidlig merket seg fagmiljøenes misnøye med regelverket, noe som kommer frem i Stortingsmelding 44 (1995-96). Her fremheves det at kriteriene for tildeling av ventetidsgaranti praktiseres uensartet, at reglene tolkes ulikt og at de oppleves lite funksjonelle av det medisinsk-faglige miljøet. Det

konkluderes med at garantikriteriene: ”... viste seg lite pålitelige for å oppfylle helsepolitiske mål som lik prioritering, likt tilbud og utjevning av ventetider.”(St.meld.44, 1995-96, kap. 3, pkt 2.2).

Dette medførte et ønske om å gå gjennom deler av grunnlaget for prioriteringsarbeidet på nytt for i større grad å konkretisere og presisere retningslinjene slik de fremgikk av NOU 1987. Målsettingen var å utarbeide retningslinjer som skulle kunne gi et grunnlag for politisk prioritering av grupper og for medisinskfaglig prioritering av enkeltpasienter. Utvalgsleder Lønning ble derfor bedt om å lede et utvalg som skulle gå gjennom deler av prioriteringsreglene på nytt og komme med forslag til forbedringer av reglene (NOU 1997:18; “Prioriteringer på ny”). I mandatet til utvalget står det bl.a følgende: ”... de ti årene som er gått, har vi også erfart at det er behov for å presisere og konkretisere retningslinjene. Kriteriene..().. har gitt for stort rom for personlig skjønn og individuell tolkning. En revisjon av retningslinjene bør derfor også søke å møte denne utfordringen. Retningslinjene bør kunne danne grunnlag både for politisk prioritering av ulike grupper og for medisinskfaglig prioritering av enkeltpasienter.. (sitat s.3, NOU 1997:18). Som det fremgår av sitatet foreligger det en erkjennelse av at de eksisterende reglene er for lite presise, og at det fortsatt er et for stort rom for tolkning og skjønn. Det foreligger også et klart ønske om at de må kunne være anvendelige i prioriteringsbeslutninger i individuelle saker, ikke bare som overordnet styringsverktøy for myndighetene og administrasjonen. Mandatet er slik sett i stor grad et svar på de kritiske innvendingene fra fagmiljøet.

Etter en ny gjennomgang av prioriteringsprinsippene fremmet utvalget bak NOU 1997 følgende nye prinsipper for prioritering: 1. Prioritering etter tilstandens alvorlighetsgrad, 2. Prioritering etter forventet nytte og 3. Prioritering etter forventet kostnadseffektivitet. Utvalget påpeker i sin presentasjon av kriteriene at ”.. kriteriene om tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet er alle relevante, men vektleggingen vil variere i forhold til hvilke overordnede mål som legges til grunn”. (sitat s.124, NOU 1997, vårt kursiv). Sammenlignet med tidligere retningslinjer, og i tråd med St.m. nr 50, mener utvalget at tiltakets nytte- og kostnadseffektivitet må tillegges større vekt.

Utvalget anbefalte videre en inndeling i prioritetsgrupper, ikke basert på diagnoser, men på tilstandens alvorlighetsgrad og tiltakets forventede nytte og kostnader. Gruppene ble delt inn i prioritetsgruppe 1, som omfattet grunnleggende helsetjenester der alvorlighet av tilstand, forventet nytte og kostnadseffektivitet ble vektlagt. De viser til at det på bakgrunn av medisinsk kunnskap og skjønn må utformes kriterier for prognosetap, funksjonstap og forventet nytte av tiltak for denne prioritetsgruppen. Videre definerer utvalget prioritetsgruppe 2, som omfatter utfyllende helsetiltak. Som hovedregel vil det da foreligge kjent risiko for sykdommens utvikling eller manifest sykdom med betydelig prognosetap med henblikk på overlevelse og funksjonsnivå, og betydningsfull forventet nytte av tiltaket. Nyten må også for denne gruppen stå i et akseptabelt forhold til kostnadene. Utvalget setter et klart skille mellom de to foregående prioritetsgruppene og prioritetsgruppe 3 som omfatter lavt prioriterte helsetjenester og prioritetsgruppe 4 som er brukere som etterspør tilbud som ikke skal finansieres av det offentlige.

I august 1997 sendte Sosial og helsedepartementet ut et høringsnotat til lov om pasientrettigheter (Høringsnotat 22.08.1997). To forslag ble presentert og i begge ble retten til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten videreført. Med hensyn til lovfesting av rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, var det ene alternativet å knytte retten opp til behandlingsgarantien. Det andre alternativet knyttet ikke rettigheten opp til en bestemt frist, men lot det være opp til en individuell vurdering av den enkelte pasient når helsehjelpen skulle ytes. Et stort flertall av høringsinstansene gikk inn for alternativ 2.

I lovforslaget fremlagt for Stortinget (Ot prp nr.12 (1998-99)) fant departementet ikke grunn til å rettighetsfeste en rett til spesialisthelsetjeneste ut over det som var gjeldende rett. Man henviste til dette generelle kravet om forsvarlighet i helseretten. Hovedbegrunnelsen var at rettighetsfesting ikke er det beste virkemiddel til å sikre pasienter bedre tilgang på helsehjelp. Man mente at rettigheter som er skjønnsmessige og derfor mindre presise, ville ha mindre verdi som styringsverktøy. Departementets vurdering var at virkemidler som rett til vurdering, rett til fornyet vurdering og fritt sykehusvalg, var mer hensiktsmessige tiltak for å bedre prioriteringene i helsevesenet. Samtlige av disse rettigheten var også sentrale i den samme lovreformen som den nye pasientrettighetsloven også inngikk i.

I Ot.prp. 12 ble vurderingsgarantien foreslått styrket ved at den skulle lovfestes. Det ble angitt at 30 dager skulle være en maksimumsfrist, men man la til grunn at den medisinske prioriteringen og forsvarlighetsvurderingen skulle være bestemmende for når pasienten skulle ha tilbakemelding. Retten til vurdering skulle forutsette en medisinsk vurdering av pasienten. Ved tvil om diagnose, tilstand eller mistanke om alvorlig sykdom, skulle pasienten undersøkes av spesialist innen 30 virkedager.

I sosialkomiteens innstilling om lov om pasientrettigheter, Innstilling O nr 91 (1998-99), ble argumenter for og mot lovfesting av rett til nødvendig helsehjelp presentert. Blant argumentene som talte for en slik rettighetsfesting, var at dette ville styrke pasientens maktstilling overfor helsevesenet og dermed føre til større trygghet for å få hjelp ved sykdom. Rettighetsfestingen ville også kunne føre til at lavt prioriterte grupper kunne få et viktig middel for å oppnå grunnleggende helsetjenester. Blant argumentene mot rettighetsfesting, var oppfatningen om at en slik rettighetsfesting ikke ville redusere variasjoner i medisinsk skjønn, men tvert imot ville mangler på presise kriterier medføre en forsterket vilkårlighet ved tildeling av helsetjenester. Sosialkomiteen gikk imidlertid inn for en rettighetsfesting av rett til nødvendig helsehjelp. Den fremholdt videre at det arbeidet som var i gang for å finne sikre faglige premisser for beskrivelse av diagnoser og behandlingsopplegg, ville kunne redusere de tilfeldighetene man så med hensyn til prioritering. Dette mente man ville gi bedre mulighet for prioritering etter alvorlighetsgrad og mindre etter diagnose.

Flertallet i komiteen understreket at man samtidig med innføring av rett til nødvendig helsehjelp måtte klargjøre hva som skulle ligge i begrepet ”nødvendig helsehjelp”.

De henviste til innstillingens forslag (NOU 1997:23) til prioriteringsgrupper 1-4, og uttalte at pasientgrupper som kunne defineres inn under Lønningutvalgets grupper 1 og 2, dvs. de som har behov for grunnleggende og utfyllende helsetjenester, er de som i hovedsak vil få rett til nødvendig helsehjelp.

En samlet komité la til slutt følgende premisser til grunn for utforming av §2.1 i Pasientrettighetsloven: 1. Retten knyttes opp til en forpliktelse for den som har ansvar for å yte tjenester. 2. Pasienten skal få nødvendig helsehjelp innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk faglig skjønn. 3. Det vises til de retningslinjer som alt er vedtatt for vurderingsgarantien. Det betyr at den enkelte pasient skal ha beskjed om a. hvilken behandling han kan forvente å få b. når undersøkelsen eller behandlingen skal gis. Flertallet ville i tillegg legge til følgende premisser: 4. Rettigheten knyttes til tilstandens omfang og alvorlighet, og 5. Rettigheten gjelder i offentlig godkjent og finansiert spesialisthelsetjeneste i riket eller i institusjon som fylkeskommune har avtale med. Komiteen fremmet deretter to ulike forslag. Flertallet fremmet lovforslag der det ble overlatt til departementet gjennom forskrift å sette tidsfrist for når helsehjelpen skulle gjennomføres. Mindretallet viste til at man i premissene lagt til grunn at pasientene skulle få helsehjelp innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk faglig skjønn, og foreslo en individuell rett som skulle fastsettes ut ifra en medisinsk vurdering. I flertallsforslaget tok man forbehold om at retten gjaldt innenfor de grenser kapasiteten setter. Mindretallet mente et slikt forbehold ville reise tvil om det reelle innholdet i retten og mente i tråd med uvalget bak NOU 1997 at kapasitetsbegrensninger innsnevrer retten på en måte pasienten ikke er tjent med. Flertallsforslaget gikk likevel gjennom i Odelsting og Lagting.

2.4 Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften

I sosialkomiteens arbeid med pasientrettighetsloven ble det understreket at det var behov for avklaring med hensyn på hva begrepet ”nødvendig helsehjelp” skulle innebære, og hvilke kriterier som skulle ligge til grunn for tildeling av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Utformingen av prioriteringsforskriften (forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og klagenemd) ble derfor en sentral del av arbeidet med den nye pasientrettighetsloven. Bestemmelsene for hvem som har rett til nødvendig helsehjelp er beskrevet i forskriftens §2:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven §2.-1 annet ledd, når:

- 1) Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og*
- 2) Pasienten, med det unntak som nevnt i §3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og*
- 3) De forventede kostnader står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.*

(§3 annet ledd omhandler hvem som har rett til utprøvende og eksperimentell behandling)

Som det fremgår av ordlyden på forskriften, er avgrensingen i forskriften i tråd med anbefalingen fra NOU 1997. Den er også i tråd med prioriteringskriteriene sosialkomiteen la til grunn for regelutformingen i Innstilling O nr 91 (1998-1999).

Syse (2009) setter likevel et viktig spørsmålstegn ved om forskriften gir en tilstrekkelig detaljert avklaring av hvilke pasienter som omfattes av vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp, og om ”..retten til helsehjelp etter forskriften samtidig omfatter de pasientgruppene som stortingsflertallet mente skulle gis rettigheter gjennom utformingen av lovbestemmelsen” (sitat Syse, 2009 s. 157, vårt kursiv). En annen sentral innvending angikk kapasitetsbegrensningen som allerede var grundig debattert i sosialkomiteen på Stortinget. Lovens forbehold om kapasitetsbegrensninger ble kritisert fra flere hold, ikke bare fra opposisjonen i komiteen. Flere juridiske forfattere hevdet at det var tvilsomt om en ”rett til nødvendig helsehjelp” som ble gjort begrenset til den til enhver tid rådende kapasiteten, egentlig ville gi et rettskrav på tjenester. Asbjørn Kjønstad kalte derfor rettigheten en ’papirbestemmelse’ (Kjønstad & Syse, 2008).

Etter ytterligere press fra brukerforeninger og opposisjonen ble det gjennom Odelstingsproposisjon 63 (2002-2003) *Om lov om endringer i lov 02.juli 1999 nr.93 lov om*

pasientrettigheter ble det foreslått å fjerne kapasitetsbegrensningen. Det ble også foreslått å innføre en konkret, individuelt vurdert frist for når nødvendig helsehjelp skulle oppfylles. I proposisjonen ble det vist til at det fremdeles var store geografiske forskjeller når det gjaldt andel registrerte rettighetspasienter blant nyhenviste pasienter. Man fremhevet behovet for økt konsensus om hvordan prioriteringsforskriften skulle vektlegges i det kliniske arbeidet. Flertallet i sosialkomiteen sluttet seg til endringsforslagene og endringene trådte i kraft september 2004.

Vi har her gjort rede for forarbeidet til pasientrettighetsloven og utviklingen av prioriteringsforskriften slik den fremstår i dag. Det er dette som er det lovmessige grunnlaget for prioriteringsvurderingene til spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern, og det er disse vurderingene som er fokus i vår undersøkelse. Som det fremgår av gjennomgangen, har forarbeidet vært preget av politiske motsetninger mellom regjering og opposisjon og interesseorganisasjoner og fagmiljøet. Det har vært flere kontroverser om hvilke forhold som skal vektlegges i vurderingene, og spesielt kapasitetsspørsmålet har fremstått som et tilbakevendende kontroversielt tema. Det er i den forbindelse viktig å merke seg at kapasitetsbegrensningen ble fjernet først ved endringen av pasientrettighetsloven som trådte i kraft i 2004, og ikke gjennom den opprinnelige lovreformen i 1999. Interessante spørsmål som melder seg er i hvilken grad disse endringene har fått reelle konsekvenser med hensyn på vurdering av retten til nødvendig helsehjelp. Blir for eksempel kapasitet fortsatt vektlagt i vurderingene til tross for lovendringen i 2003? Et annet spørsmål angår hvordan kriteriene som nå er videreutviklet og lovfestet i prioriteringsforskriften tolkes av fagpersonene som skal bruke dem i prioriteringsarbeidet. Som vi har vist, har fremtredende jurister stilt spørsmålsteget ved definisjonen av avgrensningen. Er den klar nok med hensyn til å prioritere de gruppene som NOU 1997 og sosialkomiteen har lagt vekt på? Vi har som målsetting å kunne utforske disse forholdene nærmere i vår undersøkelse. I det innledende teorikapittelet vil vi også komme tilbake til hvordan utvalget forholder seg til problemstillingen som reises i mandatet om rammene for skjønnsutøvelse.

2.5 Utvikling av prioriteringsveileder for psykisk helsevern

Det er helsepersonell som har ansvar for å anvende prioriteringsreglene både direkte gjennom rettighetsvurderinger, eller indirekte i sitt kliniske arbeid. Syse (2009) påpeker at fagfolk og helsepersonell vanligvis er lite vant med å tolke lover og regler, og bruke rettskilder i sitt arbeid. Regler er generelle og omfatter mange fagområder, slik tilfellet er med pasientrettighetsloven. Dette gjør at de kan bli utfordrende å anvende på spesifikke fagområder. Molven (2006) viser også til at helsepersonell i sitt yrke tenker formålsrasjonelt i møte med kliniske problemstillinger, mens lovverk og regler legger opp til en normrasjonell resonneringsmåte, slik jurister lærer opp til. Samlet sett er det derfor viktig at helsepersonell veiledes når de gis ansvar for å forvalte rettighetslovgivning på sitt fagområde. I NOU 1987 anbefaler utvalget at det bør settes ned ulike utvalg av klinikere som er forankret i de forskjellige fagområdene for å utarbeide fagspesifikke prioriteringsveiledere. Behovet for dette ble senere forsterket av undersøkelsene som er omtalt tidligere. Anbefalingen ble fulgt opp på nytt i NOU 1997 der det påpekes at begrunnelsen for å be faggrupper om å gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt er *“problemenes kompleksitet og behovet for kompetanse”* (sitat s. 16, NOU 1997).

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet siden 2006 hatt ansvar, sammen med de regionale helseforetakene, for utarbeidelse av prioriteringsveiledere som i løpet av de siste årene er tatt i bruk i psykisk helsevern og flere andre fagområder. I tillegg til å gi en beskrivelse av hvordan selve prioriteringsvurderingen skal foregå, gir veilederne anbefalinger for prioriteringsbeslutninger for diagnosebaserte grupper av lidelser, og en anbefalt maksimal frist for oppstart av behandling for de samme gruppene (Prioriteringsveileder, Psykisk Helsevern for voksne, 2008). Det er utarbeidet en tilhørende veiledertabell som på en oversiktlig måte angir anbefalte prioriteringer for hver enkelt tilstand og tilhørende behandlingsfrist for de som skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp (Prioriteringstabell, Psykisk Helsevern for voksne, 2008). Det overordnede formålet med veilederen er at den skal bidra til at *“..like pasienter blir vurdert likt, uansett hvor i landet de*

bor og uavhengig av hvilket sykehus de henvises til.. ” (sitat s. 8, Prioriteringsveileder, Psykisk Helsevern for voksne, 2008).

Syse (2009) peker på viktigheten av at fagfolk i de kliniske fagområdene har vært med på å forme veilederen ut i fra deres erfaring og gode kjennskap til fagområdet. Han mener veilederne på bakgrunn av nettopp forankringen i konsensus i fagmiljøet, må kunne anse å ha status som rettskilde som linje med retningslinjer for behandling. Det betyr at man i all vesentlighet bør følge veilederens anbefalinger og begrunne alle avvik fra anbefalingene. Samtidig fastslår Syse (2009) også at man må kunne forvente at det vil være variasjoner i vurderingene, og at det kan forekomme betydelige forskjeller i rettighetsstatus mellom henviste pasienter innen samme diagnosegruppe.

I tillegg til Syse (2009) og de to prioriteringsutvalgene (NOU 1987: 23, NOU 1997: 18) har også andre forfattere pekt på fordelene med å utvikle fagspesifikke retningslinjer. Holm (1998) viser til at regler kommer 'ovenifra og ned', overlevert av myndighetene med en forventning om at de skal anvendes i helsepersonellens konkrete arbeid med pasienter. Når kliniske spesialister på sin side utarbeider spesifiserte retningslinjer innen sitt fagområde, kan beslutningsprosessen karakteriseres som en 'nedenifra og opp'-prosess der fagfolkens egne vurderinger tillegges stor betydning (Holm, 1998). Dette kan styrke reglenes legitimitet og øke tilslutningen til enhetlig tolkning og praksis i fagmiljøet og på den måten imøtekomme bl.a. Guldvogs (1997) kritikk av den første prioriteringsreglene og ventelistegarantien.

På den annen side finnes det likevel forhold som taler for at man bør ha moderate forventninger til retningslinjenes effekt. Utvalget bak NOU 1997 var allerede før retningslinjene ble påbegynt klar over begrensningene og påpeker at utvikling av retningslinjer ”..for noen fagfelt er en stor utfordring, da slik kunnskap til dels er mangelfull og til dels er vanskelig å overføre fra gruppenivå til enkeltpersoner. Det må derfor utøves skjønn ved anvendelse av slike kriterier” (sitat s 14 NOU 1997:18). Dette forbeholdet er gjentatt innledningsvis i prioriteringsveilederen for Psykisk Helsevern der det kommenteres at veilederen gir anbefalinger på gruppenivå, mens prioriteringsreglene omhandler individuelle

pasienters rettigheter. I tråd med Syse (2009) påpekes det at man derfor må ta høyde for at individuelle forhold kan tilsi en annen rettighetsstatus enn det tilstandsgruppen tilsier. Disse forholdene viser blant annet at skjønn fortsatt tilkjennes en vesentlig betydning i vurderingene, og at det er utfordrende å anvende generelle regler på individnivå.

Vi vil også knytte en kommentar til det faglige grunnlaget til prioriteringsveilederen for psykisk helsevern, et forhold vi mener vil kunne ha betydning for retningslinjenes legitimitet og gjennomslagskraft. Selv om det i veilederen åpnes for vurderinger av individuelle faktorer utover diagnostisk informasjon, er dette i begrenset grad tematisert. Slik sett har veilederen og den tilhørende prioriteringstabellen en tydelig faglig forankring i en biomedisinsk tilnærming til psykiske lidelser. Dette fremgår av den diagnostiske begrepsbruken og vektlegging av tilstandsbilder og tilhørende alvorlighetsgrad, bl.a. med angivelse av symptomnivå. En bredere psykososial forståelsesmodell der andre faktorer utover det symptomatologiske også vektlegges som en integrert del av tilstandsbildet, er lite fremtredende og slik sett lite vektlagt. Dette kan ha sammenheng med sammensetningen av utvalget. Som det fremgår av veilederen var lederen for utvalget var psykiater, og til sammen 5 av de 7 utvalgsmedlemmene var leger. I tillegg til brukerrepresentanten fra Mental Helse var det kun en psykolog presentert. Det er sannsynlig at dette har gitt veilederen en faglig 'bias' i retning av en biomedisinsk modell for psykiske lidelser, da denne forståelsen naturlig nok står sterkere i den medisinske profesjon enn i andre helse- og sosialprofesjoner. Denne faglige vektingen kan legge føringer på skjønnsutøvelsen i vurderingene, noe som igjen kan medføre at det i for liten grad vektlegges individuelle og kontekstuelle forhold fremfor diagnostisk informasjon. Dette vil i så fall til en viss grad stå i kontrast til de forbehold som tas i NOU 1997 om å bruke gruppebaserte diagnoser som eneste rettighetsgrunnlag på individnivå. Det er også en fare for at en begrenset faglig konsensus om veilederens faglige grunnlag vil kunne svekke veilederens legitimitet i fagmiljøet og dermed ha negativ innvirkning på etterfølgelse.

3 Tidligere undersøkelser

3.1 Riksrevisjonens undersøkelse av distriktpsikiatriske sentre

Riksrevisjonen gjennomførte som en del av sin selskapskontroll, en større revisjon av de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) i 2008 (Riksrevisjonen, Dokument nr 3:5; 2008-2009). Revisjonen hadde som fokus å undersøke om opptrappingsplanen for psykisk helsevern (St.m. 25: 1996-97: ”Åpenhet og helhet”) ble fulgt som intendert fra Stortinget, og om de omfattende manglene i psykisk helsevern som hadde blitt omtalt i Stortingsmelding 25, var blitt forbedret. Det ble spesielt fokusert på praktisering av prioriteringsforskriften da det tidligere var påpekt problemer med likeverdig tilgang på tjenestene, dårlig samsvar mellom tilbud og behov, og lang ventetid for mange pasienter med alvorlige lidelser. Revisjonen omfattet gjennomgang av 2000 pasientjournaler fra 15 DPS og en spørreskjemaundersøkelse til fastleger som henviser til DPS. Det ble også supplert med intervjuer, dokumentanalyser og innhenting av grunnlagsdata om kapasitet og etterspørsel fra Samdata, Statistisk sentralbyrå og Norsk pasientregister.

Riksrevisjonens undersøkelse av prioriteringsarbeidet viste at mange DPS med dårlig kapasitet kompenserte for dette ved å gi uforholdsmessig mange avslag eller ved å korte ned lengden på døgnopphold. Det viste seg videre at DPS sjelden ba om tilleggsinformasjon til henvisningen, at svært få pasienter ble kalt inn til en vurderingssamtale, at avslagsprosenten varierte med så mye som fra 3 til 79 prosent avslag mellom poliklinikkene, og at det ble gitt like mange avslag blant pasienter med alvorlige diagnoser som blant lettere tilstandsgrupper. Revisjonen viste også at andelen pasienter som var gitt rettigheter varierte fra 11 til 92% av pasientene i de 15 DPS som ble undersøkt. Når det angikk fristfastsettelsen for siste forsvarlige oppstart av behandling, viste det seg at DPS med de høyeste avslagsprosentene opererte med de lengste fristene. Innhenting av data om fristvurderinger viste videre at

spredningen i gjennomsnitts- og medianverdiene mellom klinikkene mht fristfastsetting var meget stor.

Ulikheten som preget funnene på DPS samsvarte med svarene fra fastlegene. Undersøkelsen av fastlegenes henvisningspraksis viste at de i varierende grad lot faglig skjønn styre henvisningene til psykisk helsevern. Over 50% av fastlegene i undersøkelsen rapporterte at kapasitet og ventetid ved det enkelte DPS hadde betydning for henvisningspraksis, og kun 44% av fastlegene mente at det forelå en konsekvent linje mht rettighetsvurderinger.

Riksrevisjonens undersøkelse har enkelte metodiske svakheter, blant annet ved at utvalget har begrenset representativitet med hensyn til pasientdata, og at det kun er brukt én fagrevisor. Den har også begrenset representativitet på systemnivå all den tid kun et utvalg av DPS ble undersøkt. Allikevel er funnene i undersøkelsen så entydige at de metodiske svakhetene kun i begrenset grad svekker det totale inntrykket. På bakgrunn av det samlede inntrykket fra undersøkelsen konkluderte Riksrevisjonen med at det ikke prioriteres likt på de 15 DPS som ble undersøkt. Riksrevisjonen konkluderte videre med at prioriteringsforskriften ikke følges og at praktiseringen er så tilfeldig at det truer retten til et likeverdig tilbud. De satte også spørsmålstegn ved kvaliteten av det faglige skjønnet som ble utøvd, og påpeker at det også virket å være manglende kunnskap om det aktuelle lovverk for vurderingene. Revisjonen fremhever spesifikt flere ganger at rettighetsvurderingene og fristfastsettelse syntes mer styrt av kapasitetshensyn enn av hensyn til en vurdering av den enkelte pasientens behov, noe de fastslår ikke er i tråd med lovverket.

Funnene i revisjonen ble av Riksrevisor omtalt som ”nesten en katastrofe” og beskrevet som nedslående av både Helsetilsynet, fagfolk, brukerforeninger og politikere (Aftenposten 26.11.08). Både tidligere helseminister Høybråten og tidligere utvalgsleder for prioriteringsutvalgene, stortingsrepresentant Lønning, påpekte under den påfølgende stortingsdebatten at det mest alvorlige som ble avdekket, var bruddene på pasientrettighetene ved at folk ikke fikk behandling på grunn av manglende kapasitet (innstilling S nr. 189 (2008-2009), sak nr. 4, Stortinget.no). På sin side kommenterte tidligere finansminister Foss at de

som er ansvarlige for vurderingene sitter i en dobbeltrolle, der de i tillegg til å gjøre faglige vurderinger, også har ansvaret for den kapasitet som er innenfor gitte budsjetter. Vi ser altså gjennom argumentasjonen i debatten fra de ulike sentrale politiske aktørene nok en gang et eksempel på de sentrale motsetningene mellom rettigheter og økonomi, også innad i opposisjonen.

I tilsvaret fra Helse- og omsorgsdepartementet bekreftes det at de i stor grad har kjennskap til hovedtrekkene i det revisjonen avdekker. Departementet henviser videre til at Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide veiledere for prioritering til spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern noe de forventer vil føre til mer enhetlig praksis mellom de ulike regionene. Riksrevisjonen påpeker i et svar tilbake at det allerede er brukt veiledere i dette arbeidet, og at det derfor også er nødvendig at helseforetakene iversetter andre tiltak. I tråd med det Riksrevisjonen viser til, vil det fremgå av presentasjonen av Prioriteringsprosjektet til Helse Sør Øst at det allerede siden 2004 er sendt ut informasjonspakker og avholdt flere erfaringskonferanser om prioriteringsforskriften i Helse Sør Øst (Prosjektrapport Rett Prioritering i Helse Sør Øst, 2005).

3.2 Helsetilsynets landsomfattende revisjon av distriktpsykiatriske sentre

Helsetilsynet gjennomførte året etter Riksrevisjonens undersøkelse et landsomfattende tilsyn med samtlige DPS i landets helseforetak (Rapport 3/2010). Også i denne revisjonen ble det satt fokus på prioriteringsvurderingene av henvisninger inn til psykisk helsevern.

Tilsynet viste på nytt at det er store variasjoner i vurderingene som gjøres. Det ble bl.a. avdekket at ved noen DPS fikk alle henviste pasienter rett til nødvendig helsehjelp uten at det gjøres reelle prioriteringsvurderinger i det hele tatt. Enkelte steder fikk ingen av de som ble vurdert til ikke å ha rett til nødvendig helsehjelp et tilbud om behandling, mens andre DPS

unnlot å sette en behandlingsfrist for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Det viste seg også at det var flere DPS som ga pasienten en frist uten at det var tatt hensyn til tilstand, alder eller situasjonen pasienten var i. Noen DPS manglet sågar oversikt over frister for vurdering og behandling, oversikt over prioriterte pasienter til rett til nødvendig helsehjelp, og om ventetider til første behandling. Store mangler ved registreringssystemene ved flere DPS gjorde det vanskelig å følge opp de prioriteringsvurderingene som var gjort ved inntak.

Helsetilsynet avdekket videre at mange DPS manglet system for at alle henvisninger ble vurdert av spesialist, og at ½ parten av DPS avsto henvisninger på annet grunnlag enn det forskriften gir anledning til. Pasientene fikk ved flere DPS ingen informasjon om avslagene eller klagerretten og det manglet i mange tilfeller dokumentasjon på hvilke individuelle vurderinger som var gjort ved avslag.

I de fleste DPS der det ble påvist mangler ved prioriteringsvurderingene, fant man også klare mangler ved styring og ledelse av disse oppgavene. Det ble avdekket manglende prosedyrer og felles innarbeidet praksis for mottak og behandling av henvisninger, inkl. prioritering av rett til nødvendig helsehjelp, utredning og behandling. Det ble videre påvist manglende tilgang og bruk av spesialistkompetanse for å sikre forsvarlig håndtering av henvisninger og utredning.

Oppsummert gir Helsetilsynets revisjon av DPS'ene mye av det samme inntrykket som Riksrevisjonens undersøkelse. Flere av forholdene som ble avdekket av tilsynet var av en slik art at de er å betrakte som brudd på lovverket. De fleste avvikene og merknadene som ble gitt i revisjonen angikk mangler ved selve prioriteringsarbeidet. Helsetilsynet konkluderte med at det foreligger utbredt systemsvikt i håndteringen av henvisninger til DPS, noe som kan få alvorlige konsekvenser for helsehjelpen til den enkelte pasient (Rapport 3/2010).

Selv om det i sammenheng med Riksrevisjonens gjennomgang til en viss grad kan sies at den omtalte prioriteringsveilederen fra direktoratet ikke var tilstrekkelig kjent i fagmiljøet før

revisjonen, er ikke dette tilfellet hva angår Helsetilsynets revisjon. På det tidspunktet revisjonen ble gjennomført, var veilederen forlenget ferdigstilt og burde være godt kjent i fagmiljøet. Og som tidligere nevnt var det allerede før veilederen var utarbeidet, tatt i bruk fagspesifikke veiledere om prioritering utarbeidet av profesjonsforeningene.

3.3 Prosjektet Rett Prioritering i Helse Sør Øst

Samlet sett viser de to undersøkelsene som er beskrevet over, at prioriteringsarbeidet i psykisk helsevern er meget utfordrende og at det er stor variasjon i tolkningen av prioriteringsreglene. Mye tyder også på at flere forhold som ligger utenfor det som aksepteres i lovverket, blir vektlagt i vurderingene. Dette er på linje med flere av de kritiske kommentarene som kom fra fagmiljøet etter introduksjonen av de første prioriteringsreglene. Som det fremgår av tilsvaret fra departementet, er dette kjente problemstillinger som man forsøker å gjøre noe med. I Helse Sør Øst er det siden 2005 utviklet et prioriteringsprosjekt i samarbeid med Helsedirektoratet. Prosjektet har som målsetting å bidra til mer enhetlig praktisering av prioriteringsforskriften og sørge for at *“..like saker skal vurderes likt”* (sitat fra Prosjektrapport, 2005). I presentasjonen av prosjektet vises det til at tolkningen av regelverket anses som vanskelig og at utøvelse av skjønn i vurderingene av henvisninger gjør at det er utfordrende å få til en enhetlig praktisering av regelverket. Interessant nok innrømmes det også i den samme rapporten at klinikerne blir utsatt for kryssende styringssignaler ved at ventefrister skal settes uavhengig av kapasitetshensyn, samtidig som fristbrudd påfører foretaket ekstraavgifter.

I tillegg til å identifisere relevante problemstillinger i forbindelse med anvendelse av prioriteringsforskriften i tett samarbeid med fagmiljøene og brukerforeningene, har prosjektet samlet prioriteringsansvarlige til arbeidsseminarer for gjennomgang av sider ved regelverket og plenumsdiskusjoner. En del av erfaringene fra arbeidet er senere videreført på nasjonalt nivå gjennom Helsedirektoratets utvikling av prioriteringsveiledere. Samtidig har prosjektet fortsatt å samle fagmiljøene i Helse Sør-Øst til arbeidsseminar om prioriteringer. Et av de siste avholdte seminarene for psykisk helsevern var utgangspunktet for vårt forarbeid som vi beskriver nærmere senere (se også vedlegg 1).

3.4 Forskningsprosjekt om prioriteringsvurderinger i psykisk helsevern

Vi er kjent med et pågående forskningsprosjekt som undersøker kvaliteten på vurderinger og prioriteringer av henvisninger til psykisk helsevern for voksne (Holman, 2011). Prosjektet har et kvantitativt design der man henter inn data fra resultatene av vurderinger av de samme henvisningene fra til sammen 42 klinikere fordelt på 16 DPS. Resultatene av vurderingene er basert på konsensus i team og er slik sett så nært opp til en reell rettighetsvurderingsprosess man kan komme. Foreløpige resultater viser at det er liten grad av enighet i 9 av 20 henvisninger, og oppnådd interrater reliabilitet målt ved ICC (Inter-class coefficient) er .54 (.51-.58, 95% konfidensintervall), noe som kan karakteriseres som moderat enighet. Holman (2011) konkluderer med at det er stor grad av uenighet om prioriteringer av like henvisninger når det ikke foreligger klare prioriteringskriterier som psykose eller selvmordsrisiko i henvisningen.

Forskningsprosjektet har gjennom prosjektleders engasjement også hatt en sentral rolle i arbeidseminarene i Helse Sør Østs prioriteringsprosjekt som er beskrevet over. Det ble i den forbindelse samlet inn resultatet av prioriteringsvurderinger av 50 henvisninger gjennomført av 35 av spesialistene før det siste seminaret i mars 2011 der vi deltok som observatører. Resultatene viste at de 35 spesialistene var helt enige om vurderingen av kun én av de 50 henvisningstekstene som ble brukt. Resultatene viste videre en oppnådd interrater reliabilitet på .36 (.28-.43, 95% KI) noe som er å anse som svak reliabilitet (Holman, 2011). Resultatet av denne undersøkelsen viser i likhet det vi har gjort rede for av empiri tidligere at det er stor variasjon i prioriteringsvurderingene til tross for bruk av veileder og tabeller.

Både prioriteringsprosjektet til Helse Sør Øst og det nevnte forskningsprosjektet bekrefter altså de samme tendensene som er avdekket av Riksrevisjonen og Helsetilsynet. Det er i den sammenheng interessant å merke seg at spesielt prioriteringsprosjektet, men også til en viss grad forskningsprosjektet, ser ut til å ha fokus på ensretting og enhetlig praksis som ideal for prioriteringsvurderinger og som mål på kvalitet. I tråd med veilederens ambisjoner fremheves

det at like saker skal vurderes likt. Variasjon i utøvelse av skjønn blir slik sett i stor grad ansett som en feilkilde. I simuleringsøveler som de som er beskrevet over er henvisningene helt identiske, og man skulle kanskje ha forventet mindre variasjon i vurderingene. Det blir allikevel variasjon i resultatet av vurderingene. I virkeligheten er det dessuten ingen like pasienter eller henvisninger, med mindre man kun ser på diagnosegruppe. Som vi vil komme tilbake til under vår teoretiske tilnærming til skjønn, kan denne erkjennelsen være en av grunnene til at utvalgene bak NOU 1987 og NOU 1997 tilkjennegir en mer åpen tilnærming til skjønn som en nødvendig forutsetning for prioriteringsvurderingene.

Med hensyn til det omtalte forskningsprosjektet, ønsker vi også å kommentere at vi antar at en undersøkelse av kvalitet på prioriteringsvurderingene forutsetter en forhåndsoppfatning av hva som er riktig anvendelse av kriteriene, dvs. en oppfatning av hva som er god kvalitet. Prosjektet tar slik sett en normativ tilnærming på samme måte som Riksrevisjonen og Helsetilsynet i sine revisjoner både skal og bør være normative og påpeke funn som de oppfatter er i strid med lovverket. I forskningsøyemed er det imidlertid en fare for at man, ved å ta et normativt standpunkt, kan miste av syne tolkningsmuligheter som en revisjon ikke har som mandat å avdekke, men som forskning bør undersøke. Som det vil fremgå senere i beskrivelsen av vår metodiske tilnærming, ser vi det som mer hensiktsmessig å ha en mest mulig deskriptiv tilnærming til vurderingene, nettopp for å kunne avdekke forhold ved rettighetsvurderingene som ikke tidligere er undersøkt.

4 Teori

Vi har til nå gjort rede for utviklingen av prioriteringsreglene. Flere undersøkelser og kommentarer som viser at anvendelsen av reglene i prioriteringsarbeidet er meget utfordrende i flere fagområder. På bakgrunn av resultatene som foreligger fra undersøkelsene om prioriteringsarbeidet i psykisk helsevern spesielt, er det flere spørsmål som melder seg: Hvorfor er vurderingene så utfordrende? Hvordan oppstår det så store variasjoner i vurderingene på ulike DPS? Hvilken informasjon gir denne variasjonen oss om skjønnsutøvelsen? Og hvorfor virker det som om forskriften ikke følges slik det er intendert fra lovgiver?

For å kunne undersøke prioriteringsvurderinger nærmere i vårt arbeid er det nødvendig å utlede et teoretisk grunnlag for forståelsen av de vurderinger som gjøres. Vi er ikke kjent med empiriske arbeider om prioriteringsbeslutninger til nå som har satt beslutningene inn i en teoretisk ramme som kan gi et grunnlag for å forstå selve vurderingsprosessen. Både de kritiske kommentarene i etterkant av NOU 1987 og NOU 1997, revisjonene av psykisk helsevern og prioriteringsprosjektet til Helse Sør Øst viser imidlertid at det foreligger flere faktorer i prioriteringsprosessene som et rettsosialogisk perspektiv kan belyse. Det er blant annet interessant å merke seg at begge revisjonene påpeker at det synes åpenbart at lovverket ikke følges slik det skal, og at andre faktorer enn det reglene åpner for tillegges vekt i vurderingene. Vi starter derfor med å utlede en overordnet rettsosialogisk innfallsvinkel til prioriteringsvurderingene.

Videre fremstår begrepet “skjønn” som helt sentralt mht til å forstå både variasjonen i vurderingene, hvordan fagpersonene resonnerer og hvilke faktorer som tillegges vekt i vurderingene. Faglig skjønn er et tilbakevendende tema både i lovforarbeidene og revisjonene i psykisk helsevern, og det foreligger også teoretiske arbeider om skjønn og prioriteringer som er relevant for vår undersøkelse. Vi vier derfor mye plass til en teoretisk forståelse av skjønn som beslutningsmetode.

Det er etter vår oppfatning også relevant å utlede en teoretisk basis for forståelse av rolleforventninger, tilhørighet og identitet for de personene som er ansvarlig for prioriteringsvurderinger. Selv om dette ikke er direkte berørt av lovforarbeidene i vesentlig grad, har andre (for eksempel Gulbrandsen et al 2002) vist hvor viktig det er å se nærmere på hvordan helsepersonell opplever å ha ansvar for fordeling av samfunnets felles ressurser. En slik rolleforståelse er direkte relevant for prioriteringsbeslutninger. Vi gjør derfor rede for mulige teoretiske innfallsvinkler til de vurderingsansvarliges rolleforståelse som prioriteringsansvarlige, før vi konkretiserer problemstillinger og begrunner vårt valg av metode.

4.1 Rettighetsvurderinger og ekstralegale faktorer

Utviklingen av pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften føyer seg inn i en klar tendens til rettighetsfokus i forvaltningen generelt (Fossestøl 2005) og helsevesenet spesielt (Syse 2009). Fossestøl (2005) beskriver i sin gjennomgang av forskning på redskapsbyråkratiet det økende fokuset på borgernes rettigheter i samfunnet - spesielt innen helse- og omsorgssektoren, og belyser hvilke utfordringer dette kan medføre bl.a. med hensyn til prioriteringsbeslutninger. Ifølge Fossestøl (2005) har det som en følge av rettighetsfokuset de siste tiårene, vært en økende tendens til at beslutninger om fordelinger av velferdsgoder og helse- og sosiale tjenester delegeres til enkeltpersoner på de laveste nivåene i forvaltningen. De fleste av disse personene er uten formell juridisk kompetanse, og har ikke kjennskap til juridisk metode og lovtolkningsregler. Fossestøl (2005) referer videre til at spesielt Andenæs (2003) er opptatt av hvilke utfordringer det kan medføre at fordelingsregler forvaltes av profesjoner uten juridisk kompetanse. Og som vi har referert tidligere påpeker også Syse (2009) at helsepersonell ikke har juridisk kompetanse. De er heller ikke vant med å tolke og forstå regler i sin virksomhet.

Andenæs (2003) forklarer at en forskyvning av regeltolkning til personer uten juridisk kompetanse, kan medføre at andre forhold enn de som er vektlagt i regelverket kan få stor betydning for beslutningene. Dette kan etter hans oppfatning medføre vilkårlighet og urettferdighet, hvilket igjen truer rettsikkerheten til brukerne. Han mener at de skjønnsmessige vurderingene som gjøres, åpner for at såkalte *ekstralegale faktorer* virker inn på rettsanvendelsen. Han forklarer at ekstralegale faktorer er forhold som ligger utenfor den tradisjonelle juridiske metode, og som ifølge juridisk lovtolkning ikke skal tillegges vekt i regelanvendelsen. Med hensyn til sosialretten nevner han blant annet forhold som omfatter forvaltningens kapasitet, organisering og finansiering, samt ulike faktorer ved beslutningstakerne som deres ideologi og personlige holdninger. Han fastslår at vektlegging av ekstralegale faktorer i juridisk forstand er illegitimt og i mange tilfeller å betrakte som lovbrudd selv om det sjelden prøves rettslig.

Det er vanskelig å forstå Andenæs (2003) annerledes enn at han er kritisk til rettighetsfokusets mulighet til å sikre borgerne rettigheter i samfunnet. Han mener at rettsgrunnlaget i mange tilfeller gir for stort rom for skjønnsutøvelse av ikke-jurister, og at anvendelsen av skjønnets i stor grad synes å være forbundet med vilkårlighet, makt og systeminteresser, heller enn med rettsikkerhet for brukerne. Som vi har vist til innledningsvis, er det mye som tyder på at Andenæs (2003) har et viktig poeng i sine betraktninger også når det gjelder prioriteringsbeslutninger generelt. I NOU 1997 forklarer utvalget at *”..beslutninger om å prioritere foregår på mange nivåer og i mange grener av helsevesenet. Noen av disse beslutningene blir oppfattet som prioriteringsbeslutninger av dem som treffer dem, andre blir truffet med andre hensyn i tankene”* (sitat s 38, vårt kursiv, NOU 1997: 18). Videre viser som nevnt de to omfattende revisjonene i psykisk helsevern at forhold som ligger utenfor regelverket blir vektlagt i vurderingene og at skjønnsutøvelsen varierer mye.

Eckoff og Graver (1991) beskriver mange av de samme forhold som kan prege ikke-juristers anvendelse av lovverket i forvaltningen, men er allikevel mindre bekymret for at dette vil utgjøre et rettsikkerhetsmessig problem. I likhet med Andenæs (2003) omtaler de regelanvendernes mangel på kjennskap og forståelse av lovtekster, forarbeider og rettspraksis, og at de derfor i større grad bruker retningslinjer, instruksjoner og blir preget av lokale forhold

og kultur, egen utdanning og egner verdier. De henviser også til at det i en del sammenhenger blir brukt tommelfingerregler utformet av beslutningstakerne selv, ofte som følge av stor saksmengde og høyt beslutningspress. De erkjenner at det slik sett er en rekke faktorer som bidrar til at mange beslutninger som fattes i forvaltningen fjerner seg fra idealene forbundet med rettskildelærens avveieende metodikk. I motsetning til Andenæs (2003) synes de imidlertid i større grad å akseptere disse forhold. De forholder seg mer deskriptivt til denne rettsanvendelsen, og inkluderer den som et selvstendig moment i vurderingen i hva som er gjeldende rett. Ifølge Fossetøl (2005) føyer deres perspektiv seg inn i en tradisjon som er funksjonell og forvaltningstro, og kan slik sett sees på som en del av den redskapsbyråkratiske tradisjon. Andenæs (2003) etterlyser på sin side en normativ tilnærming som bygger på verdivalg og ikke bare en avspeiling av praksis.

Som det er gjort rede for over gir ulike rettsosiologiske perspektiver en beskrivelse av mulige konsekvenser av rettighetsutviklingen i helsevesenet, og peker spesielt på hvordan ekstralegale faktorer kan få betydning i prioriteringsvurderingene. Vi vil derfor ta med ovenstående betraktninger som et viktig teoretisk grunnlag når vi undersøker nærmere vurderingsprosessen som ligger til grunn for prioriteringsarbeidet i psykisk helsevern, og diskutere våre funn i lys av de to ulike perspektivene på lovtolkning som skisseres ovenfor.

4.2 Skjønn

Begrepet “skjønn” er et tilbakevendende tema i denne oppgaven, både gjennom ulike referanser til lovforarbeidene (NOU 1987: 23; NOU 1997: 18), de kritiske kommentarene i etterkant, revisjonene av psykisk helsevern og i det rettsosiologiske perspektivet. I NOU 1997 står det bl.a.: “..på bakgrunn av medisinsk kunnskap og skjønn må det utformes kriterier for prognosetap, funksjonstap og forventet nytte av tiltak. Dette vil for noen fagfelt bli en stor utfordring, da slik kunnskap til dels er mangelfull og til dels er vanskelig å overføre fra gruppenivå til enkeltpersoner. Det må derfor utøves skjønn ved anvendelse av slike kriterier” (sitat s. 152 , NOU 1997:18).

Videre påpekes det at “*..retningslinjer er ikke rigide regler som aldri kan fravikes. Det er verken mulig eller ønskelig å styre medisinske valg på denne måten. Verken det faglige eller det etiske skjønn kan reguleres i detalj*” (sitat s. 143). Med direkte relevans til prioriteringsbeslutninger er det også verdt å merke seg at utvalget mener at: “*..vurderingen av hvilke tiltak som bør gis prioritet, er en meget sammensatt vurdering. I realiteten er det endelige utfallet nødt til å bli nokså skjønnsmessig*” (sitat s 171, NOU 1997). Også med hensyn til rettigheter i sin alminnelighet innrømmes det at “*..også lovbundne vedtak kan inneholde_omfattende skjønnsmessige vurderinger*” .

Hva menes med skjønn og hvordan forholder skjønn seg til regler? Davies (1969) plasserer bruk av skjønn i en direkte sammenheng med regler og påpeker at: “*..Der loven tar slutt, begynner skjønn*” . (sitat s.3, Davies, 1969). Han definerer videre skjønn slik: “*Personellet bruker skjønn når de effektive rammene for maktutøvelsen gir anledning til å velge blant ulike beslutninger om handling eller å ikke handle*” (sitat s.4, vår oversettelse). Han fastslår at skjønn er helt nødvendig fordi regler alene aldri kan favne kompleksiteten i hvert enkelt tilfelle som skal vurderes opp mot generelle regler. I tråd med sitatene fra NOU 1997 over legger han derfor til grunn at det alltid oppstår et tolkningsrom i anvendelse av regler. Han går imidlertid lengre i sin vektlegging av skjønnets betydning og fastslår at skjønn er vår grunnleggende kilde til rettsanvendelse. Han påpeker at det derfor er viktig at det brukes riktig. Han beskriver videre en normativ tilnærming til skjønnsbegrepet og åpner slik sett for at det finnes både godt og dårlig skjønn.

Bærøe (2005) argumenterer ut fra samme posisjon som Davies (1969) idet hun fastslår at “*..enhver anvendelse av en regel krever skjønn, ikke bare anvendelsen i spesielle tilfeller*” (sitat s. 93, Bærøe, 2005). Bærøe (2005) viser blant annet til at beslutninger i situasjoner med ulike motstridende hensyn ikke kan rettferdiggjøres ved henvisning til enkeltvisse paragrafer alene. Hun mener beslutningen må sees i sammenheng med en subjektiv fortolkning av hvilke hensyn som veier tyngst. Hun utleder videre et teoretisk grunnlag for skjønnsbegrepet med utgangspunkt i en forståelse av skjønn som integrert i all form for resonnering som fører frem til handling eller beslutning om å handle. Hun påpeker at faglig og klinisk skjønn er relevant

for prioriteringsbeslutninger siden alle kliniske beslutninger har konsekvenser for fordeling av ressurser (Bærøe, 2005). Følgelig mener hun alt helsepersonell er moralsk forpliktet i sitt arbeid til å ivareta både pasient- og samfunnshensyn. Dette er en posisjon som for øvrig følger av de etiske regler for leger (Etiske regler for leger, 2002), noe som er satt i direkte sammenheng med prioriteringsansvaret i en viktig kommentar av Førde (2004).

I likhet med Davies (1969), mener også Bærøe (2005) det er grunn til å skille mellom god og mindre god bruk av skjønn, både med hensyn til skjønnsbruk generelt og klinisk skjønn i prioriteringsbeslutninger spesielt. Hun forklarer at godt skjønn forutsetter systematisk refleksjon over erfaringer med egne og andres vellykkete og mindre vellykkete intervensjoner, og at man evner å se det spesielle i hver enkelt vurderingssituasjon opp mot mer generelle retningslinjer og erfaringer på gruppenivå. I sammenheng med fokus på utvikling av rettferdige prioriteringsbeslutninger i helsevesenet, argumenterer hun for at det er viktig at helsepersonellet gis anledning til kontinuerlig refleksjon over egne og andres prioriteringsbeslutninger slik at man på det grunnlaget kan utvikle bedre skjønn.

Som vi ser av perspektivene til både Davies (1969) og Bærøe (2005) er bruk av skjønn nødvendig i prioriteringsbeslutninger som gjøres av helsepersonell. Og det fastslås at skjønnets som utøves kan være både godt og mindre godt. De berører imidlertid i liten grad hvilke faktorer som tillegges vekt i beslutningssprosessen, og hvorfor. For å styrke det teoretiske grunnlaget for å forstå prioriteringsvurderinger inkluderer vi derfor perspektiver fra psykologisk og sosiologisk beslutningsteori. Psykologisk beslutningsteori har spilt en viktig rolle i flere andre fagområder, spesielt innen økonomifaget, der man har vist at tradisjonelle beslutningsmodeller ofte legger for stor vekt på rasjonalitet og objektivitet som grunnleggende forutsetninger. Nobelprisvinnerne Tversky & Kahneman (1973) har bl.a. gjennom sin forskning vist at mange beslutninger ofte tas på mangelfullt grunnlag, gjerne med bruk av “tommelfingerregler” (heurstikker) og selektiv hukommelse. Psykologisk beslutningsteori åpner også for at beslutninger kan bli farget av både vikarierende og ubevisste motiver og forhold ved personen som tar beslutningen, som ikke nødvendigvis er eksplisitte eller åpent tilgjengelig. Gjennom sosiologisk teori utvides perspektivet ved at det fokuseres på de ulike sosiale faktorene som virker inn på beslutningsprosessen hos individer

eller sosiale systemer. Det er i den sammenheng vanlig å skille mellom en deskriptiv og normativ tilnærming, der normative teorier baserer seg på at beslutninger tas med en høy grad av målrettethet og rasjonalitet, mens deskriptive teorier også åpner vikarierende motiver og irrasjonelle faktorer. I likhet med det psykologiske perspektivet åpner altså sosiologien for at det kan foreligge flere faktorer som virker inn på beslutningsprosessen. Disse trenger ikke være gitt gjennom rasjonell anvendelse av retningslinjer og regler, men kan heller kan være styrt av lokal beslutningskultur, sosiale forhold ved beslutningsprosessen, og ytre faktorer som press fra myndigheter, ledelse eller andre ansatte.

Samlet sett mener vi at de ulike perspektivene på skjønn og beslutninger gir en bredde i forståelsen av fenomenet som er nyttig i vår undersøkelse. Med utgangspunkt i Davies' (1969) og Bærøes (2005) tilnærming til skjønn, supplert av psykologisk og sosiologisk beslutningsteori, vil vi i vår undersøkelse utforske utøvelsen av skjønn i vurderingsprosessen og forsøke få et bilde av hvilke faktorer som virker inn på beslutningene. Vi ser det som hensiktsmessig å legge til grunn en vid, deskriptiv forståelse av begrepet 'skjønn', og ikke binde opp tolkningsrommet til kun å omfatte faktorer som allerede er omtalt i reglene, veilederen eller tidligere undersøkelser. I motsetning til en normativ tilnærming som ligger til grunn for revisjonene og det tidligere omtalte forskningsprosjektet, betrakter vi variasjoner i skjønnsutøvelsen som viktig informasjon om selve prosessen. Vi åpner derfor for at vurderingene kan variere mye, fra å være en faglig og strengt kunnskapsbasert og regeltro beslutning basert på kliniske erfaringer, til å omfatte ikke-faglige motiver, ekstralegale og irrelevante føringer og forhold som også bryter med forskriften. Basert på det sosiologiske, deskriptive perspektivet er vi åpne for at skjønn også kan omfatte at ytre, sosiale forhold får betydning for vurderingene, som for eksempel ved etterfølgelse av fagetiske prinsipper, opplevelse av lojalitet og tilknytning til profesjon eller nærmeste ledelse, organisasjon og lokal forvaltningskultur.

4.3 Rolleforståelse og identitet

Vi har tidligere referert til Fossetøl (2005) og Andenæs (2003) som viser hvordan beslutninger om prioriteringer i stor grad delegeres til personer nærmest pasienten, og hvilke

utfordringer dette innebærer for lovanvendelsen. Vi har også under redegjørelsen for teoretiske innfallsvinkler til skjønnsbegrepet fastslått at mange faktorer kan virke inn på beslutningsprosessen, deriblant muligheten for at sosiale forhold får betydning. Hvordan beslutningstaker oppfatter sin rolle, identitet og tilknytning er en slik sosial faktor som kan ha stor betydning for hvordan skjønnnet utøves og hvilke faktorer som får innvirkning på utfallet. Fra sosialpsykologisk identitetsteori vet vi at ulike opplevelser og avveininger av forhold knyttet til en persons identitet har innvirkning på beslutninger personen fatter. Gjennom sin forskning på personers selvoppfatning og selv kategorisering mht gruppetilhørighet og identitet, har bl.a. Tajfel og Turner (1986) vist at hvordan man plasserer seg i forhold til en gruppe eller identitet har klar sammenheng med valg personen gjør i ulike sammenhenger.

Med dette overordnede teoretiske perspektivet i bakhodet er det interessant å merke seg at både Bærøe (2005) og Førde (2004) med hvert sitt utgangspunkt tar stilling til helsepersonels todelte ansvar for både fordeling av samfunnets felles helseressurser og den enkelte pasient de skal behandle. Bærøe (2005) fastslår at leger i sitt virke må forholde seg til at de gjennom sitt kliniske arbeid prioriterer mellom ulike tiltak. Førde (2004) viser på sin side hvordan leger gjennom etterlevelse av de etiske prinsippene for leger er forpliktet til å ta hensyn til både den enkelte pasient og rettferdig fordeling av samfunnets felles ressurser. Dette berører en sentral diskusjon om helsepersonells rolleforståelse, noe som har vært gjenstand for flere teoretiske arbeider de siste tiårene med legers virksomhet som utgangspunkt. Gulbrandsen, Førde og Aasland (2002) bruker begrepet 'portvokter' (fra engelsk: 'gatekeeper') når de undersøker legers opplevelse av å skulle kontrollere tilgang til offentlige goder og tjenester gjennom sin medisinske virksomhet. De finner i sine undersøkelser at legen ofte opptrer som portvakt og at andre faktorer enn legens medisinske skjønn blir tillagt vekt i ulike former for erklæringer. De finner videre at hvordan legene forholder seg til rollen som portvakt har vesentlig betydning for deres opplevelse velvære og faglig autonomi. De uttrykker også bekymring for at myndighetene i stigende grad unndrar seg ansvar for behov som ikke dekkes ved å pålegge leger en skjerpet sorteringsfunksjon (Gulbrandsen et al 2002).

Også andre forfattere viser til og drøfter legens opplevelse av å skulle veie ulike hensyn opp mot hverandre og hvordan dette kan forstås som avveininger av ulike roller. Lian og

Røttingen (2000) drøfter forskjellene på en økonomisk og sosiologisk aktørmodell for legenes rolle. De viser til at det gjennom de ulike reformene i finansieringen av helsevesenet de siste tiårene er lagt større vekt på legen som økonomisk aktør framfor en som kun konsentrerer seg om å behandle den enkelte pasient¹. De påpeker at legene slik blir gjenstand for en rollekonflikt mellom 'homo economicus' og 'homo sociologicus', og at de ofte opplever kryssende interesser mellom overordnede samfunnshensyn og individuelle kliniske vurderinger. Deres betraktninger her er sammenfallende med kommentarene i presentasjonen av prioriteringsprosjektet i Helse Sør Øst. I den forbindelse er Lian og Røttingen (2000) spesielt opptatt av at det ikke må utvikles styringssystemer som plasserer legens og pasientens interesser i direkte konflikt, da dette vil ha negativ innvirkning på tilliten til legeprofesjonen.

Et beslektet begrep til det omtalte 'portvokter'-begrepet er 'bakkebyråkrat' eller 'frontlinjebyråkrat' slik disse begrepene utledes av henholdsvis Lipsky (1980) internasjonalt og senere satt inn i en norsk sammenheng av bl.a. Eriksen og Terum (2000) og Terum (2003). Med referanse til Lipskys (1980) banebrytende arbeider om ulike dilemma som oppstår hos personer som skal forvalte regler i direkte møte med brukere, gjør Eriksen og Terum (2000) rede for hvordan man kan forstå rollen som frontlinjebyråkrat. I tråd med bl.a. Fossetøl (2005), viser de at frontlinjebyråkrater er ulike profesjonsgrupper som står direkte ansvarlig for fordeling av et offentlig gode til brukere. Eriksen og Terum (2000) forklarer at de gjennom sitt virke bruker sitt faglige skjønn befestet i deres kliniske identitet for å gjøre skjønnsbaserte vurderinger på grunnlag av til dels tvetydige lover, retningslinjer og rundskriv. Et annet kjennetegn er at det ofte er liten demokratisk kontroll og innsyn i de vurderingene som blir gjort.

Eriksen og Terum (2000) og Terum (2003) drøfter videre hvordan rollen som frontlinjebyråkrat er relevant for de dilemma leger ofte står overfor. De viser til at utgangspunktet for legene er en medisinsk modell som vektlegger profesjonell autonomi og tillit til faglige beslutninger som hviler på et vitenskapelig grunnlag. Følgelig vil den medisinske klinikerens ideelt sett gjennomføre diagnostiske, objektive undersøkelser

¹ (se for eksempel Wyller (1999) for argumenter for en slik posisjon)

uavhengig av subjektiv rapportering, og ta beslutninger om behandling som følge av de diagnostiske undersøkelsene. På den annen side påpeker Eriksen og Terum (2000), i likhet med Bærøe (2005), at kliniske beslutninger også reiser viktige normative spørsmål – ikke minst med hensyn til hvilke prioriteringer som gjøres for bruk av ressurser. Altså berører legenes dilemma spørsmål som de som helsepersonell ikke har privilegert kompetanse til å besvare. De må i slike sammenhenger ofte trekke inn og vurdere forhold som er av ikke-medisinsk karakter på lik linje med andre yrkesgrupper som også kan karakteriseres som frontlinjebyråkrater eller portvoktere.

I vår undersøkelse vil vi intervjuer spesialister som har ansvar for prioriteringsvurderinger av henvisninger til psykisk helsevern. Det fremstår som åpenbart gjennom den oppgaven de er satt til å gjøre at det fra myndighetenes side forventes at de ivaretar de samfunnsmessige hensyn som ligger i det å fordele helsetjenester rettferdig og i tråd med prioriteringsreglene. Dette er direkte sammenfallende med den delen av legerollen som er forpliktet til å ta hensyn til viktige samfunnsinteresser, slik det beskrives av Bærøe (2005) og Førde (2004). Samtidig må de bruke sitt faglige skjønn for å gjøre vurderingene i hvert enkelte tilfelle. I den sammenheng anser vi begrepene 'portvokter' (Gulbrandsen et al 2002, Terum, 2003) og 'frontlinjebyråkrat' (Eriksen & Terum, 2000) som gode betegnelser på den rollen disse personene utøver når de gjennom sin utøvelse av faget skal forvalte tilgang på felles ressurser. Både med hensyn til disse begrepene og de øvrige perspektivene som er gjort rede for ovenfor er det gjennomgående at det beskrives mulige motsetninger, konflikter og variasjoner i rolleforståelse og tilknytninger som må håndteres av personellet i vurderingsprosessen. Dette er også i tråd med beskrivelsene fra henholdsvis Lian og Røttingen (2000) med hensyn til ulike aktørmodeller for legene. Vi ser det derfor som hensiktsmessig å ha med oss samtlige av perspektivene beskrevet her inn i intervjuene for å ha et teoretisk perspektiv som grunnlag for vår undersøkelse .

I tillegg åpner sosialpsykologisk identitetsteori og sosiologisk beslutningsteori ytterligere opp for flere mulige forventninger om hvordan ulike former for identitetsforståelse og tilknytning kan få betydning for de vurderingene som gjøres. Med utgangspunkt i disse teoretiske perspektivene er det mulig å se for seg at sterk tilknytning til en klinisk identitet, fagmiljø og

profesjon kan medføre at man kun har hovedfokus på den enkelte individuelle pasients hjelpebehov, eller man tar et overdrevent faglig hensyn i prioritering av egne pasientgrupper for å “presse frem” kapasitetsproblemer og igjennom dette påberope seg økte ressurser til eget fagområde. Ulike sosiale motiver i beslutningsprosessen som avledes av profesjonstilhørighet og fagområde berøres også i NOU 1997, side 83: *..”leger har en etisk plikt til å si ifra når ressursene blir uforsvarlig små. Samtidig kan et økende antall garantibrudd gjennom lange ventelister (der kanskje ikke alle fyller kriteriene for alvorlighetsgrad) brukes til å skaffe områder av medisinen ekstra ressurser på bekostning av andre områder”* (NOU 1997:18).

Slike sosiale føringer på vurderingene er sammenfallende med det Andenæs (2003) omtaler som ekstralegale faktorer. Han viser til at faglig og ideologisk bakgrunn for personellet som praktiserer regelverket, åpenbart kan virke inn på hvordan praktiseringen gjennomføres. I den sammenheng er det interessant å undersøke nærmere hvordan de vurderingsansvarlige opplever sin identitet som helsepersonell, lege/psykolog og kliniker på den ene siden, og byråkrat, forvalter av felles ressurser og arbeidstaker på den andre. Anser de seg først og fremst som tilhørende en profesjon og et fag, eller opplever de også lojalitet og tilknytning til klinikken og dets omdømme og økonomi? Opplever de motsetninger mellom disse rollene eller utgjør de sammenfallende mål? Oppstår det en generell motsetning mellom fag og profesjonsnormer på den ene siden, og samfunnshensyn og politikk på den andre, eller er dette mulig å integrere for våre informanter? Vi åpner opp for at disse og andre sosiale forhold kan være relevante i vår undersøkelse. Vi kommer tilbake til dette i diskusjonskapittelet.

5 Metode

5.1 Problemstillinger for vår undersøkelse

Som vi har vist har det i løpet av de siste tiårene vært et økende fokus på pasientrettigheter og på prioritering av pasienter i spesialisthelsetjenesten generelt, og psykisk helsevern spesielt. Flere evalueringer og undersøkelser av implementeringen av prioriteringsreglene viser at det er lite enhetlig praksis og stor variasjon i resultatet av vurderingene. Innstillingen fra NOU 1997:18 fastslår at vi vet for lite om hvordan prioriteringsvurderinger gjøres. Dette inntrykket forsterkes av det som foreligger av empiri. Økt innsikt i selve vurderingsprosessen er viktig for å avdekke relevante problemstillinger. Det foreligger også begrenset med empirisk forskning som setter prioriteringsvurderinger inn i en teoretisk ramme. Hovedmålsettingen i denne oppgaven er derfor å bidra til økt innsikt gjennom en teoretisk fundert empirisk undersøkelse av erfaringer med rettighetsvurderinger.

Det er tidligere referert til flere innspill fra fagmiljøene og NOU 1997:18 som antyder hvilke problemstillinger som kan ligge til grunn for variasjonen i prioriteringsvurderingen. Satt i sammenheng med funnene i tidligere undersøkelser, de teoretiske perspektivene skissert ovenfor og de mulige spørsmålene vi allerede har skissert under den teoretiske redegjørelsen, fokuserer vi nå inn på noen utvalgte, overordnede problemstillinger for undersøkelsen vår. Samtidig vil vi vektlegge at vi anser det som viktig med en så åpen og deskriptiv tilnærming til materialet som mulig, siden vurderingsprosessene ikke er undersøkt på denne måten tidligere. Vi har derfor valgt følgende overordnede forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever spesialistene å ha ansvar for prioriteringsbeslutninger i psykisk helsevern?
- Hvordan utøver de skjønn i vurderingsprosessen?

- Hvilke forhold og faktorer vektlegges i vurderingene?
- Hvordan opplever de sin rolle i prosessen?

5.2 Bakgrunn for valg av metode

Mye av den kunnskapen som er innhentet om rettighetsvurderinger i spesialisthelsetjenesten frem til nå, er samlet inn med kvantitativ metodikk eller revisjonsmetodikk (Prioriteringsprosjektet 2005, Holman 2011, Riksrevisjonen 2008, Helsetilsynet 2009). Hovedfokus i undersøkelsene har vært på resultatene av prosessen og informasjon knyttet til kvantifiserbar informasjon om hvem som gjør vurderingene. Det er også gjennomført simulerte vurderingsprosesser med fiktive henvisninger forhåndsprodusert for formålet, også disse basert på kvantitative metoder (Holman 2011). Det foreligger altså et rimelig bredt kvantitativt empirisk kunnskapsgrunnlag om rettighetsvurderingene og resultatet av dem.

Vi er imidlertid ikke kjent med at det foreligger studier av selve vurderingsprosessen. Vi mener at kvalitativ metode og intervjuundersøkelse er best egnet som metode for å undersøke vurderingene og belyse de problemstillingene vi har gjort rede for tidligere. Kvalitativ metodikk kan få frem de vurderingsansvarliges egen opplevelse av hvordan det er å være ansvarlig for prioriteringsvurderinger og deres subjektive oppfatning av hvilke forhold som oppleves å virke inn på prosessen. Det er også av stor interesse å undersøke hvordan de vurderingsansvarlige opplever at motstridende hensyn påvirker dem, og hvordan de vekter ulike forhold og posisjoner underveis i prosessen, noe kvantitativ metodikk ikke vil kunne favne på samme måte. En kvalitativ tilnærming er også best egnet for å belyse hvordan variasjoner i det faglige skjønnet utøves gjennom vurderingsprosessen og hvordan vurderingsansvarlige opplever variasjoner i sin rolleforståelse.

Følgende eksempel kan belyse vårt valg av metode: Kvantitative innsamlede data fra bl.a. Riksrevisjonens undersøkelse og tidligere studier antyder at det er en sammenheng mellom fastsatte frister for oppstart av behandling og kapasitet på de polikliniske tjenestene, og dette blir påpekt som et regelbrudd. Men er det egentlig slik at dette fra de vurderingsansvarliges side oppleves som en faktor som tas med i vurderingsprosessen? Og hvis det er det, hvorfor blir det slik? Kommer det som resultat av opplevd press fra lokal ledelse eller fordi man ønsker å ta hensyn til kapasiteten lokalt? Eller er sammenhengen tilfeldig og irrelevant? Disse spørsmålene mener vi en kvalitativ intervjuundersøkelse kan belyse.

En klar styrke ved kvalitative studier er at de er bedre egnet enn kvantitative design til å få frem motsetninger og variasjoner i fenomenet som undersøkes. Motsetninger og variasjoner er etter vår oppfatning spesielt viktig for å forstå hvorfor det forligger klare antydninger om at de forhold som er pålagt gjennom lover og forskrifter ikke ser ut til å bli fulgt etter intensjonen. Basert på de undersøkelsene som er gjennomført, kombinert med vår egen forforståelse som beskrives nærmere nedenfor, forventer vi gjennom analyser av intervjuene å finne variasjon over hvilke forhold som oppleves å tillegges vekt i vurderingene. Vi forventer også å finne variasjon og motsetninger mellom ulike forhold som beskrives av personene. Det samme gjelder de andre forskningsspørsmålene vi har stilt for undersøkelsen.

Det er også spesielt relevant med en kvalitativ tilnærming i vårt studie fordi det åpner for nye innfallsvinkler underveis, noe som er spesielt viktig når man studerer en prosess som er ikke undersøkt tidligere. Vi vil i hovedsak basere vår metodiske tilnærming, og presentasjon og tolkning av funn, på Kvale og Brinckmann (2009) forskningsteoretiske tilnærming og hans beskrivelser av det kvalitative forskningsintervju.

5.3 Prosjektledernes forforståelse

Vår egen forforståelse for fenomenet vi skal undersøke er sentralt da det har betydning for hvilke tolkningsperspektiver vi åpner for. Ifølge Kvale og Brinckmann (2009) er forforståelse

viktig i all forskning, og spesielt viktig i kvalitativ forskning, siden funnene oppstår i interaksjon mellom intervjuer og informant. Det er i en slik tilnærming umulig, og heller ikke ønskelig, å ikke legge noen føringer på en del av informantens svar fra intervjuers side gjennom hvilke spørsmål som stilles, måten spørsmålene stilles på og andre sider ved intervjusituasjonen for øvrig. Det er derfor ekstra viktig å være observant på hvordan de ulike føringene har sammenheng med forskernes forforståelse. Kvale og Brinckmann (2009) påpeker også at man i kvalitativ forskning hele tiden beveger seg på et kontinuum fra å beskrive til og tolke, og nettopp tolkningen vil nødvendigvis være preget av forskerne forforståelse. Det er derfor viktig at vi gjør rede for denne som et viktig premiss for vår undersøkelse.

Vår felles forforståelse er dannet gjennom flere år med erfaringer med rettighetsvurderinger til både psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling, samtidig som vi også har erfaring med å ha økonomisk og administrativt ansvar for to poliklinikker. Vi har erfart at prioriteringsvurderingene kan være krevende og utfordrende, men samtidig viktige og meningsfulle. Vi har videre sett at det er stor variasjon på kvaliteten på henvisningene og at dette sammen med tidspresset i vurderingsprosessen, kan medføre at man lett ser etter enkelte kjennetegn som antyder en konklusjon før man har satt seg inn i helheten og kompleksiteten i saken. Videre er det vår erfaring at rammebetingelsene for vurderingene er viktige, da ulike lokale styringssignaler og tidvis begrenset kapasitet i klinikken har lett for å påvirke vurderingene, selv om man forsøker å ikke la det få betydning. Vi har også erfaring med at den faglige skjønnsutøvelsen varierer mye avhengig av informasjon i henvisning og rammebetingelsene for vurderingene. Det samme gjelder variasjonene over i hvilken grad vi har identifisert oss selv som helsepersonell og klinikere for enkeltpasienten som henvises, eller som forvaltere av poliklinikken og samfunnets ressurser til felles beste.

Vi har tidligere gjort rede for hvilke forventninger som er basert på tidligere undersøkelser og det som så langt foreligger av teoretiske betraktninger og empiri. Samtidig er det viktig å erkjenne at de perspektivene og spørsmålene vi åpner for innledningsvis også er farget av vår egen forforståelse. Vi kombinerer slik sett våre egne erfaringer fra prioriteringsvurderinger

med det materialet vi har gjort rede for innledningsvis når vi har skissert aktuelle problemstillinger og pekt ut konkrete forskningsspørsmål.

5.4 Andre metodiske betraktninger

Begge prosjektledere har tilknytning og felles identitet med de som intervjues gjennom felles spesialitet (henholdsvis psykiatri og klinisk psykologi) og fagområde (psykisk helsevern). Det er en fare for at denne nærheten kan begrense og legge føringer på hva informantene ønsker å dele av informasjon og hva vi er observant på og lytter etter i intervjuene. Selv om vi ikke kjenner noen av informantene personlig, er det norske fagmiljøet relativt lite og oversiktelig, og mange kan oppleve det som risikabelt å dele antatt kontroversiell informasjon. Vi må i den sammenheng forutsette at flere av forholdene som blant annet omhandler forhold som av revisjonene er betraktet som lovbrudd kan oppleves som kontroversielle, selv om mange av dem sannsynligvis er godt kjent fra før. Begge forhold som er omtalt her understreker at det blir spesielt viktig å vektlegge konfidensialitet og uavhengighet til forvaltningen i starten av intervjuene. Siden vi deltok på et arbeidsseminar om prioriteringsvurderinger i psykisk helsevern som et forarbeid og anledning til å rekruttere informanter, blir det spesielt viktig å understreke at vi ikke har noe bindinger til dette prosjektet, og at vår undersøkelse er forankret på Institutt for Helseledelse ved Universitetet i Oslo.

Vi forholder oss i vår undersøkelse til en høyt utdannet og meget kompetent gruppe informanter som vi må forvente har inngående kjennskap til fagområdet og det aktuelle temaet. Informantene utgjør slik sett det flere forfattere vil kalle elite- eller ekspertinformanter. Ifølge Andersen (2006) krever en slik informantgruppe at man forholder seg mer aktivt til intervjuer- og forskerrollen for på den måten å få oppnå økt analytisk kontroll. Dette innebærer blant annet at intervjuer i tillegg til å være en lyttende samtalepartner, også må ta tydelige initiativ for i noen grad å styre samtalen inn på de spørsmål som ønskes besvart. Andersen (2006) påpeker videre at det er viktig å huske at ekspertinformanter ofte er vant til å argumentere godt for seg, og framstille sin egen rolle og gjerning i et så godt lys som mulig. Igjen vises det til at dette fordrer tydelighet og en aktiv

intervjurolle. Dette er relevante metodiske betraktninger vi ser grunn til å legge vekt på i forberedelsene og gjennomføringen av våre intervjuer.

5.5 Studiedesign

Som vårt studieobjekt har vi valgt prioriteringsvurderinger av henvisninger til DPS i psykisk helsevern i Helse Sør Øst. Vurderingene gjøres av spesialister i fagområdet, alene og i vurderingsteam. Lovgrunnlaget for vurderingene er pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Prioriteringsveilederen for vurdering av henvisninger til psykisk helsevern gir retningslinjer for vurderingene. I de fleste DPS blir det vurdert fra 20 til over 60 henvisninger ukentlig avhengig av størrelsen på opptaksområdet. Tidsbruken på vurderingene varierer mye, fra 2-3 minutter på noen henvisninger, til opp mot 20 minutter og innhenting av supplerende informasjon på andre.

Som en viktig del av forarbeidet til intervjuundersøkelsen gjennomførte vi et observasjonsstudie på et prioriteringsseminar arrangert av prioriteringsprosjektet til Helse Sør Øst. Vi deltok på seminaret for å danne oss et inntrykk av hvordan prioriteringsvurderinger ble diskutert og gjennomført, og hentet inn konkrete observasjoner fra diskusjonene. Vi hadde som målsetting at observasjonene kunne gi viktig informasjon for ferdigstilling av intervjumalen, samtidig som en del av materialet også kan henvises til som referansedata i resultatdelen. En av prosjektlederne deltok kun som observatør og tok notater underveis i gruppearbeidet. Den andre deltok i vurderingsarbeidet og dannet seg et inntrykk gjennom deltagende observasjon (se vedlegg 1).

Intervjuer av prioriteringsansvarlige spesialister i psykisk helsevern utgjør vårt hovedstudie. I intervjuene har vi valgt å bruke et semistrukturert forskningsintervju som metode (Kvale & Brinckmann 2009). Et semistrukturert intervju er verken et åpent intervju eller en lukket spørreskjemasamtale. Vi mener en slik form er best egnet til å få frem informantenes opplevelser (se vedlegg 2 for nærmere beskrivelse av intervjumalen og fremgangsmåte).

Vi intervjuet til sammen åtte prioriteringsansvarlige spesialister i henholdsvis psykiatri (3) og klinisk psykologi (5) på DPS i Helse Sør Øst. Samtlige offentlige og private sykehus i Oslo og omegn med unntak av Vestre Viken HF er representert. Av de åtte informantene hadde to en stilling der de hadde økonomisk og administrativt ansvar i tillegg til det faglige. En informant hadde tidligere vært teamleder. To informanter var som prioriteringsansvarlige spesialister tatt inn i ledergruppen på DPS med rådgiverstatus.

Alle informantene er rekruttert gjennom skriftlig og muntlig henvendelse om deltagelse i intervjuet. Intervjuene er gjennomført på informantenes arbeidsplass i arbeidstiden. To intervjuer ble gjennomført på henholdsvis Institutt for Helseledelse og intervjuers arbeidssted fordi dette passet informantene best med hensyn til reisevei.

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd med bruk av opptaksprogrammet Audicity på MacBook Pro. Kvaliteten på lydopptakene ble sikret og opptaket ble kopiert opp i to versjoner. Et intervju måtte tas opp på nytt på grunn av tap av lyddata etter programfeil. Lydopptakene ble gjennomlyttet av begge prosjektledere hver for seg og deretter diskutert i plenum. Deler av lydloggene ble gjennomlyttet flere ganger. Lydopptakene ble nedskrevet, men ikke fullstendig transkribert. Temaene ble systematisert og kategorier av sitater og tilhørende meningsinnhold ble i tråd med anbefalinger fra Kvale & Brinckmann (2009) nedtegnet i en funnprotokoll som ikke legges ved på grunn av omfanget.

6 Funn og tolkninger

6.1 Observasjoner fra forarbeidet

Observasjonene under prioriteringsseminaret ble brukt som et forarbeid og inngår samtidig som et supplement i våre funn fra dybdeintervjuene med prioriteringsansvarlige. Vi finner det derfor riktig å rapportere tendensene i observasjonene og vise til enkelte eksempler, da de hadde betydning for utvikling av intervjumalen og vil bli referert til som referansedata. Vi kommer ikke til å gå inn på noen inngående tolkning eller diskusjon av observasjonene.

Begge observatører erfarte at prioriteringsseminaret var preget av høy grad av interesse og engasjement fra deltagerne. Deltagerne ga også tydelig uttrykk for frustrasjon, og til tider betydelig oppgitthet og frustrasjon, over utfordringene med vurderingene de skulle gjøre underveis i seminaret og med henvisning til sitt daglige arbeid på DPS. Denne generelle stemningen preget også tendensene i observasjonene slik det fremgår av sitatene gjengitt her.

Det ble gjennomgående rapportert fra flere deltagere ved flere anledninger at vurderingene og prioriteringsbeslutningene var vanskelige. En deltager rapporterte at *“..vi er veldig uenige om samtlige kriterier i forskriften i denne saken”*. En annen påpekte at: *“.. dette er vanskelig og veilederen gir lite hjelp i den enkelte sak. Kasusene i veilederen er en ting - vår virkelighet er noe annet. Pasientene vi vurderer likner aldri på de som beskrives i veilederen. Videre sa flere seg enige i følgende ytring fra en deltager:”.. Det blir mange spekulative vurderinger.”*

Med hensyn til ulike faktorer som ble vektlagt i vurderingene ble det gjentatte ganger pekt på at kapasitet på klinikken hadde betydning. En deltager begrunner dette slik: *“.. vår virkelighet er annerledes enn det som er konstruert i disse eksemplene: Hvis vi gir for mange rettigheter får vi problemer med økonomien og kapasitet.”* I en annen gruppediskusjon påpeker en annen deltager at *“.. det er mye press på behandlersituasjonen og kapasitet. Det er et mareritt å fordele saker. Man må ta hensyn til virkeligheten.”* Flere deltagere rapporterte at de også la vekt på andre lokale forhold enn bare kapasitet både med hensyn til vurderingen av nyttekriteriet og fristfastsettelse.

Et av disse var konteksten omkring pasientene som ble henvist. Mange tilkjennega at de tilla konteksten mye vekt i vurderingene, og at dette var spesielt viktig fordi det handlet om psykiske lidelser som ikke kan sees uavhengig av konteksten. En deltager fastslo at *“..kontekstuelle forhold har stor betydning.”* En annen knyttet det opp til prioriteringsforskriften og sa at: *“.. konteksten påvirker nyttekriteriet: Det er ikke enkelt å behandle noen med en dissosiativ tilstand om ikke har bolig.* Andre viste hvordan vurdering av konteksten fikk avgjørende betydning for resultatet: *“Vi har gitt avslag pga ikke fast bosted – fordi nytten blir lav selv om alvorlighetsgraden kan være høy.”*

Flere deltagere tilkjennega hvordan de også på andre måter brukte sitt faglige skjønn i vurderingene. En deltager forklarte at: *“.. mine egne erfaringer som kliniker brukes aktivt i vurderingsarbeidet.* En annen viste til et mer spesifikt eksempel mht tilstand og forklarte at: *“..et traume kan være mye forskjellig. Ikke lett å vurdere alvorlighetsgrad og nytte.”* En annen anerkjenner behovet for å bruke skjønn med vektlegging av lokal forhold: *“Lokale forhold er forskjellige – derfor blir vurderingene forskjellige. Virkeligheten er så nyansert at vi må bruke skjønn.”* En annen kom med et eksempel på hvordan hun opplevde at det er vanskelig å vurdere kulturelle faktorer. Hun sa at: *“.. mine erfaringer med hvor vanskelig det kan være å behandle pasienter fra en annen kultur farger mine rettighetsvurderinger av henvisninger på samme gruppe.”*

Meninger og erfaringer knyttet til prioriteringsforskriften og veilederen var også godt representert underveis i seminaret. Det var en klar tendens til å vise til problematiske sider ved anvendelsen. En deltager forklarte at: “*..Det er ikke noe problem å velge ut noen kasus som problematiserer forskriften – for det gjelder alle.* En annen viste til forskjellen mellom en konstruert veileder og “virkeligheten”: “*..Dette er vanskelig og veilederen gir lite hjelp i den enkelte sak. Kasusene i veilederen er en ting - vår virkelighet er noe annet. Pasientene vi vurderer likner aldri på de som beskrives i veilederen.* Andre spesifiserte dette nærmere og pekte bl.a. på at “*..veilederen mangler kriterier på PTSD og personlighetsforstyrrelser. Dette er store pasientgrupper.*”

Ovenfor har vi gjengitt enkelte inntrykk og sitater fra observasjonsstudiet som antyder tendensene i observasjonene. Som det fremgår av sitatene var det en klar tendens til at deltagerne påpekte problematiske og utfordrende sider ved prioriteringsvurderingene, praktiseringen av forskriften og bruk av veilederen. Vi noterte hvilke områder som ble omtalt, hvilke fokus som fremsto som utfordrende, hvilke faktorer som ble pekt på som viktige og hvilke begreper som ble brukt i beskrivelsen av disse. Sammen med det generelle inntrykket fra seminaret brukte vi dette til å utforme spørsmål til intervjumalen (se vedlegg 1 og 2).

6.2 Funn fra dybdeintervjuer av prioriteringsansvarlige

Vi vil i dette delkapittelet presentere funnene fra dybdeintervjuene. Vi har valgt å gi en presentasjon som glir over i å gi en tolkning av innholdet. Bakgrunnen for dette valget er at det i kvalitativ forskning vil være en kontinuerlig overgang mellom en helt deskriptiv gjengivelse av funn og sitater, til aktiv konstruksjon og tolkninger av meningsinnholdet i funnene. Allerede i valget av hvilke kategorier vi bruker i presentasjonen av funnene og hvilke sitater vi mener er gode eksempler på disse, tolker vi funnene aktivt. Vi mener funnene og en tolkning av disse kommer best til sin rett dersom det presenteres sammen. Vi vil derfor i det følgende først gi en kort presentasjon av det generelle inntrykket fra intervjuene og hvordan informantene forholder seg til det å prioritere og deres syn på prioriteringsforskriften og veilederen. Deretter presenterer vi funnene etter temaområder som angir forhold ved

vurderingsinformasjonen, hvilke faktorer som vektlegges i vurderingene og viser videre hvordan disse faktorene belyser informantenes utøvelse av skjønn. Videre tematiseres informantenes rolleoppfatning og identitet samt deres subjektive opplevelse. Det vil underveis bli pekt på tendenser, variasjoner og eventuelle motsetninger i funnene.

6.3 Intervjusituasjonen

Rekrutteringsprosessen til intervjuene ble tidkrevende og preget av at informantene har en travel arbeidshverdag med mye fokus på kombinasjonen av faglig ansvar og pasientarbeid. Flere avtaler ble omgjort og flyttet, og enkelte forsøk på avtaler lot seg ikke gjennomføre. Det var imidlertid ikke vårt inntrykk at dette hadde sammenheng med lav interesse for temaet eller liten vilje til å delta fra informantenes side. Under intervjuene fremsto informantene tvert imot som meget engasjerte, interesserte og tydelig opptatt av temaet. De fleste informantene uttrykte tilfredshet over at temaet ble grundigere undersøkt og enkelte påpekte at de håpet det kunne medvirke til endringer i hvordan lovverket ble praktisert. Intervjuer opplevde det som uproblematisk å få informantene i tale og de fleste trengte ingen videre forklaring på begreper eller spørsmål. Flere av intervjuene utviklet seg etter hvert i retning av å ta form som en samtale mellom to fagpersoner med god kjennskap til temaet.

Samtlige informanter hadde flere års erfaring med prioriteringsvurderinger og tilkjennega god kjennskap til lovverket, forskriften og veilederen. De ga også et inntrykk av å ha høy kompetanse i fagområdet generelt. Dette bekreftet vår forventning om at våre informanter er å betrakte som eksperter på temaet og at vår tilnærming måtte ta hensyn til dette. Ingen informanter uttrykte at de så på nærhet til intervjuer gjennom profesjon eller fagområde som begrensende med hensyn til informasjonsdeling.

6.4 Om å prioritere

Selv om det ikke ble spurt direkte om informantenes holdning til det å prioritere i seg selv, kom de flestes syn på dette frem gjennom det åpne spørsmålet om deres opplevelse av å være ansvarlig for prioriteringsvurderinger. De fleste informantene uttrykker på ulike vis at de anerkjenner behovet for å prioritere både i helsevesenet generelt og i psykisk helsevern spesielt. En informant sier dette helt klart: *”.. vi må selvfølgelig prioritere. Vi kan ikke ta inn alle henviste pasienter til enhver tid”*. En annen sier at hun opplever det som meningsfullt å ha ansvar for prioriteringer fordi det medvirker til at ressursene blir forvaltet i tråd med samfunnets behov og på en mest mulig riktig måte. Hun opplever også at hun får brukt sin fagkunnskap i prioriteringsarbeidet.

Andre viser til at det er nødvendig å prioritere og at en *”..mer bevisst prioriteringstenkning i hele helsesektoren vil være kjærkommen”*. Samme informant mener somatikken i mindre grad er bevisst sitt prioriteringsansvar, og at det oppleves det som om det bare er psykisk helsevern som sier nei til pasienter. Han hevder at: *”..somatikere forholder seg som om det er helt ubegrenset med helsemidler. Da slår det meg, hvordan skal helsekronene brukes”*. På linje med dette stiller en annen informant spørsmålet om hvorfor det blir psykisk helsevern som tar prioriteringer på alvor når man samtidig opplever at det er slik at somatikken tar inn alt de får henvist. Hun tror det kommer av at det handler om en svakere pressgruppe.

Samlet sett tolker vi tendensene i funnene dit hen at informantene er positivt innstilt til prioriteringer i helsevesenet generelt, men etterlyser en mer rettferdig fordeling av dette ansvaret mellom ulike fagområder.

6.5 Om prioriteringsforskriften og veilederen

Nå det gjelder prioriteringsforskriften forklarer en informant at han synes den gir mening og at det er riktig at pasienten skal få en faglig vurdering av sin tilstand og behandlingsbehov uttrykt gjennom en rettighet og frist for oppstart av behandling. Flere informantene uttrykker i tråd med dette at de synes forskriften er nyttig. Allikevel viser flere til at den ikke alltid er helt enkelt å forstå og at den kanskje er dårlig tilpasset psykiske lidelser. En informant påpeker at: *”..forskriften (er) ikke så godt egnet for psykiske lidelser. Det med prioritering nr. 1 å vurdere livsvarighet og livskvalitet er vanskelig når det gjelder psykiske lidelser”*. En annen peker også på at det er vanskelig å vurdere prognosetap og livslengde på samme måte som ved somatiske tilstander, mens andre synes det er krevende å forholde seg til avveiningen mellom kostnad og nytte. Videre ga flere uttrykk for at det er vanskelig å se kriteriene i sammenheng og vurdere alvorlighet av tilstanden opp mot nyttekriteriet. Flere mener det lett kan oppstå et motsetningsforhold mellom disse to kriteriene.

Alle bruker prioriteringsveilederen i vurderingsarbeidet. Det er noe ulikt om de har den fysisk tilgjengelig eller ikke. Den beskrives som nyttig av flere, og en informant ser på den som et viktig korrektiv hvis de utvikler feil praksis over tid. Men alle informantene fremhever allikevel at eksemplene og tilstandene beskrevet i veilederen sjelden passer til det de opplever som virkeligheten. Flere påpeker at veilederen beskriver det ’rene og enkle’ problemstillinger der det meste av kompleksiteten og konteksten er utelatt, og at ’virkeligheten’ derfor oppleves annerledes. En informant sier: *”..Den oppleves alt for enkel. Det er en del ting der vi som arbeider i psykiatrien stusser litt over”*. Flere er opptatt av at dette blant annet gjelder pasientens kontekst og sier at: *”..Vi ser mer i lys av konteksten. Konteksten betyr noe når man gjør vurderingene. I prioriteringsforskriften og veileder tas denne ikke med”*. Andre er også kritiske til at mange tilstander de ofte vurderer i sitt arbeid ikke er tatt med veilederen og peker spesielt på ulike traumetilstander og personlighetsforstyrrelser i denne sammenheng.

En annen viser til at det oppstår et tolkningsrom som man må fylle fordi retningslinjene ikke er gode nok. Han påpeker at: *”...Det kan være vanskelig å forstå retningslinjene i lys av henvisningene. Det blir et tolkningsspørsmål på grunnlag av henvisningene.”*

Når det gjelder motsetninger og variasjoner i funnene er det interessant å merke seg at samme informant som uttrykte en positiv holdning til prioriteringsforskriften slik det fremgår over, i fortsettelsen av samme resonnement påpeker et forhold ved vurderingene som gjør dem meget vanskelige. Han forklarer at de i deres tilfelle også får delegert det direkte ansvaret for å følge opp de vurderingen som gjøres av rettighet og frist innenfor den lokale klinikkens kapasitetsbegrensninger. Denne og liknende motsetninger og dilemma i arbeidet sammenfaller med våre observasjoner fra prioriteringsseminaret, og ligger til grunn for at flere sier at det er ’vanskelig’ og ’utfordrende’ å være ansvarlig for prioriteringer. I sin ytterste konsekvens fremstår oppgaven som ’helt meningsløs’ for enkelte informanter. I tillegg til det som allerede er nevnt her, peker informantene i denne sammenheng på flere forhold som vi vil gå nærmere inn på under. Så langt merker vi oss at våre funn indikerer at det ikke nødvendigvis er holdningen til det å prioritere i seg selv som gjør prioriteringsarbeidet utfordrende.

6.6 Om vurderingsgrunnlaget

Vi finner blant våre informanter at hovedtyngden av vurderingene gjøres på grunnlag av henvisninger fra fastleger. Samtlige informanter oppfatter at henvisningene ofte er mangelfulle. En forklarer at: *“..Det vanlige er en kvartside tekst. Kan skjule seg en dårlig pasient bak få setninger dersom som vi ikke har vurdert som alvorlig nok og derfor avvist”*. En påpeker begrensningene med å skulle vurdere kun på grunnlag av henvisningen og sier: *”Vi får ikke stille spørsmål. Ingen utveksling av informasjon med pasienten. Det er derfor vurderingssamtale er ønskelig og det som vel er meningen, men i praksis har man ikke den kapasiteten”*. Et annet sted uttrykker den samme informanten dilemmaet slik : *” Vi har disse henvisningene å forholde oss til og det er det. Ofte en helt annen virkelighet vi møter når pasienten kommer.”* Det viser seg også at kvaliteten på henvisningene kan ha betydning for

om man gir et tilbud eller ikke. En sier det slik : ” *Det er veldig forskjell på henvisninger. De som er gode, beskriver symptomer, hva som er forsøkt og så videre. Disse tar vi lettere inn enn de som skriver få linjer.* ”

Flere av informantene ser nødvendigheten av å innhente ytterligere opplysninger for å kunne gjøre en god faglig vurdering med hensyn til rettighet og frist. Erfaringen med å innhente mer informasjon er imidlertid ulike. Noen viser til at de har god erfaring med å ringe fastlegen for å avklare informasjon om pasienten, mens andre oppfatter dette som tidkrevende og lite nyttig. Med henvisning til fastlegen, sier en informant: ” *..da har de ofte ikke mye mer å komme med.* ” Noen oppgir at de tar pasienter inn til vurderingssamtale og at de gjør det i økende grad. Det oppleves av flere vanskeligere å avslå når man har snakket med pasienten, og flere mener at en større andel av de som har vært til vurderingssamtale får et tilbud. Andre gir uttrykk for at det er ønskelig å kunne ta pasienter inn til vurdering, men at det ikke har kapasitet til det fordi det tar mye tid. Ifølge en informant er det ved hans enhet sjelden man innkaller pasienter selv ved tvilstilfeller. På spørsmål om de tar de inn pasienter til vurdering svarer han: ” *..Sjeldent, men vi skriver en frase nederst i avslag: Blir det forverring eller man ser noe annet enn det som er beskrevet er man velkommen til å sende ny henvisning. Så vi holder vår rygg fri* ”.

Samtlige informanter viser til at tidsbruk har betydning for vurderingen som gjøres. De aller fleste opplever at de har for dårlig tid til å gjøre god nok vurderinger, og enkelte mener at liten tid medfører at man nok kan avslå på feil grunnlag og at skjønnsutøvelsen blir begrenset. En sier at: ” *.. når vi bruker kanskje bare 2-3 minutter på en henvisning, så blir det at vi ser etter enkelte kjennetegn og baserer vurderingen på det. Det sier seg selv at dette ikke er ideelt* “. En annen informant forklarer at: ” *..jeg mistrives i farten på gjennomføringen før vi beslutter. Jeg opplever at jeg går på akkord med det faglige. De gangene jeg har fått lest grundigere gjennom i forkant har jeg en bedre følelse ved vurderingene.* ”

Flere bruker journalopplysninger fra tidligere behandling som en del av beslutningsgrunnlaget. Dette opplever flere som nyttig da de påpeker at dersom en pasient har

gått flere ganger i behandling kan det vurderes lite hensiktsmessig å ta pasienten inn enda en gang. Slik sett får innhenting av informasjon fra journalen betydning for vurdering av nyttekriteriet i forskriften. En informant fremholder imidlertid faren ved at man kan legge for stor vekt på tidligere behandlingserfaringer, og dermed overse en aktuell problemstilling som skulle tilsi at pasienten burde få et tilbud.

Andre sier de er usikre på om de faktisk har anledning ut i fra regelverket til å legge vekt på informasjon fra tidligere journal i vurderingen.

Samlet sett tolker vi funnene dit hen at informantene opplever at det er flere sider ved selve vurderingsgrunnlaget som får vesentlig betydning for den vurderingen som gjøres. Manglende informasjon og tidspress har negativ påvirkning på opplevd kvalitet ved vurderingen, og mye tyder på at det bare i begrenset grad brukes kompensierende tiltak som innhenting av ytterligere informasjon eller innkalling av pasienten. Som det fremgår av flere av sitatene gir dette flere av informantene betenkeligheter og de setter også spørsmålstegn ved kvaliteten på vurderingene, og om de gjøres på mangelfullt grunnlag. Andre er helt tydelige på at de blir mest opptatt av å 'holde ryggen fri' gjennom den informasjon som sendes i retur ved avslag. Flere gir uttrykk for en 'dårlig følelse' i sammenheng med de vurderingene som gjøres på mangelfullt grunnlag, noe vi også vil komme tilbake til under presentasjon av informantenes subjektive opplevelse. Vi tolker dette som at informantene til en viss grad opplever å gå på akkord med sine faglige idealer på grunn av begrensningene i vurderingsgrunnlaget.

6.7 Om betydningen av sosial kontekst

Alle informantene kommer inn på hvordan pasientens psykososiale forhold vektlegges både i vurderingene av alvorlighetsgraden i henvisningene og hvilken betydning de har med tanke på nytten av behandling. Flere trekker frem at det ikke nødvendigvis er behandling på spesialisthelsetjenestenivå som vil være riktig for pasienten når livsbetingelsene er kaotiske, selv om de i utgangspunktet lider av en alvorlig tilstand. Flere mener riktig behandling heller kan være å få hjelp til få basisbehovene på plass og viser til at en slik intervensjon alene noen

ganger vil kunne føre til bedring av for eksempel en depresjon eller angsttilstand. Andre fremhever på sin side at dersom viktige forhold som bolig, økonomi og arbeid ikke er på plass, vil dette kunne forstyrre behandlingen og forhindre behandlingseffekt. Når man vurderer tilstand opp i mot faktorer i den sosiale konteksten henviser flere til nyttekriteriet i prioriteringsforskriften. De viser til at nytten av behandling på spesialisthelsetjenestenivå kan være liten, selv om symptombelastningen er stor. En informant sier:

”..Hvis alt er gæærnt så skal man prøve å stabilisere rundt først eller skal man ta inn i poliklinikken og behandle symptomene? Dette er et dilemma. Klarer ikke behandle en angstlidelse hvis man står i fare for å miste boligen og økonomien er helt på styr. Nytte-kriteriet som blir problematisk. Alvorlighetskriteriet er der, men nytte vil jeg av og til estimere til 0 eller 1.”

Litt senere i samme intervju viser hun til at det allikevel er vanskelig å avslå en alvorlig tilstand selv om hun antar nytten er minimal. Hun henviser til at mange med psykisk lidelse har sosiale problemer og at i de sosioøkonomiske forholdene i enkelte områder er utfordrende, og at man derfor ikke kan avslå på dette grunnlaget alene. Dette viser også hvilke forskjellige problemstillinger ulike DPS står overfor innenfor sitt opptaksområde.

En informant opplever lite hjelp i prioriteringsveilederen når det gjelder vurdering av kontekst, samtidig som hun sier at dette er forhold som betyr noe når man gjør vurderingene. Flere fremholder også hvor problematisk det kan være å skille denne type forhold fra pasientens sykdomstilstand. En informant uttrykker seg slik: *”..Her prøver vi å skille ut, men utrolig vanskelig da disse ting påvirker tilstanden. Ved for mange ytre omstendigheter hjelper det nødvendigvis ikke å snakke med psykiater. Samtidig vanskelig å vite hva som er hva i en depresjon.”*

En annen gir uttrykk for at han opplever det faglig meningsfullt å legge vekt på kontekstuelle forhold, samtidig som han ser faren for at det i for stor grad kan påvirke vurdering av

alvorlighetsgraden. Han henviser også til at det i henvisningen ofte ikke er mye opplysninger om pasientens livssituasjon, men hovedfokus på beskrivelser av symptomer som trenger behandling. Flere informanter understreker også forskjellen mellom somatikk og psykiske lidelser når det gjelder betydningen av kontekst med hensyn til hvordan pasientene kan nyttiggjøre seg behandling, og mener at konteksten har mindre betydning i somatikken.

Betydningen av at pasienten har omsorgsoppgaver blir nevnt av flere som et element som vektlegges i vurderingen. En nevner også at der det er fare for at pasienten faller ut av arbeidslivet, vil man vurdere dette som en viktig grunn til å gi pasienten rett til behandling. I denne sammenheng blir det igjen henvist til nyttekriteriet, men med motsatt fortegn sammenliknet med de eksemplene som er nevnt over. Tilstanden trenger ikke være veldig alvorlig, men det skal kanskje ikke så mye ressurser til for at nytten kan være stor. Flere peker også på at der det har vært forsøkt behandling på spesialisthelsetjenestenivå mange ganger, kan det indikere av nytten er lav selv om alvorlighetsgrad er høy- og man beslutter derfor å ikke gi pasienten rett til behandling. En informant forteller at man hos dem forsøker å tone ned omsorgslinjen hos alvorlig psykisk syke og definere dette som 1.linjearbeid.

Samlet sett tydeliggjør funnene fra intervjuene at den sosiale konteksten til pasientene som henvises inngår som en viktig faktor i vurderingsgrunnlaget når man vurderer om det skal tildeles rett til nødvendig helsehjelp. Dette er sammenfallende med inntrykket fra observasjonsstudiet. Informantene varierer i hvilken grad de tillegger dette mye vekt, noe som blant annet virker å kunne ha sammenheng med hvilke sosiale utfordringer som er fremtredende i opptaksområdet. De fleste fokuserer på at konteksten kan ha vesentlig betydning for vurderingen av spesielt nytten av behandling, mens enkelte også mener det har betydning for alvorlighetsgraden. Flere gir uttrykk for en viss usikkerhet mht hvor mye regelverket åpner for at dette kan tillegges betydelig vekt, men peker på at det er vanskelig å skille kontekst fra tilstand når det gjelder psykiske lidelser. Vi tolker også denne siste påpekningen som en anerkjennelse av at konteksten inngår som en naturlig del av fagpersonenes skjønnsutøvelse, noe vi vil komme tilbake til senere.

6.8 Om kapasitetshensyn

Opplevelsen av at begrensede ressurser og poliklinikkens kapasitet vektlegges i vurderingene berøres av alle informantene. På spørsmål om klinikkens kapasitet vektlegges i vurderingene svarer en informant slik:

”Man tilpasser vurderingene når du vet du har begrensede ressurser. Kan gi strengere inntakskriterier. Og man henviser til klare regler. Kan være fristende å spille på gråsoner og økonomi”.

Flere viser til hvorledes det hender de vurderer henvisningene med det for øye å kunne legitimere et avslag. En forteller at han kan oppleve et avslag av en henvisning som greit nok begrunnet, samtidig som den “kliniske teften” tilsier at her er det antakelig mer som ligger under. En annen sier dette når hun skal si hvordan hun leser henvisninger: *”..Det er slik at jeg leser mellom linjene, her er det behov, men så greier man å finne hull og feil i henvisningen som gjør at man kan avslå for ikke å belaste oss for mye selv”.*

Også en annen av informantene bekrefter at spesielt fastsetting av frist for oppstart av behandling i stor grad blir styrt av kapasitet. I perioder med stort arbeidspress kan fristene bli lenger enn i bedre tider. Vedkommende innrømmer at fristen kan settes

lenger enn hva som er anbefalt i veilederen fordi det ikke er nok folk til å ta unna. Hun sier at: *”..Ja, jeg har opplevd det har vært et voldsomt press på behandlerne. Vi har satt lengre frister enn det som står i veilederen, og allikevel hopet seg opp..*

Andre forteller at de forsøker å være lojal mot forskriften. En informant forklarer at de ved hennes enhet har valgt ikke å ta hensyn til fristbrudd. Hun forklarer at det er blitt gitt klar beskjed fra lokal ledelse på klinikken om at kapasitet ikke skal vektlegges. Hun sier: *”Her har vi valgt å være lojale i forhold til forskriften ved ikke å ta hensyn til kapasitet, støttet det og*

ikke gjort noen strategi for å unngå fristbrudd”. På denne enheten har de hatt en del fristbrudd tidligere, og hun sier dette har vært et daglig tema på enheten i hele 2011.

En informant mener på sin side at man hos dem klarer å forene de ulike kravene. Hun viser til at de hos dem har stabile tall over tid både når det gjelder innfrielse av rett til nødvendig helsehjelp og avslagsprosenten som har ligget stabilt på rundt 30 prosent. Med en slik avslagsprosent mener hun det må være kapasitet til å ta unna de som har fått rettighet. ” *Vi kan ikke ende på en løsning der vi, for å ha kapasitet til å ta unna, må øke avslagsprosenten. Det er ikke en akseptabel løsning i mine ører*”. Informanten er altså helt klar på at hun oppfatter det som uakseptabelt å ta kapasitetshensyn.

En annen informant forklarer at de deres enhet har man forsøkt å ha et bevisst forhold til hva som er spesialisthelsetjenesteoppgaver og i tillegg kortet ned på behandlingsslengde og hatt kontinuerlig fokus på å avslutte saker. Noen ganger kan de oppleve at dette ikke er slik man skulle ønske seg det ut i fra faglige hensyn. Informanten sier: ” *Klart det nok i en del tilfeller hvor vi ser at det kunne være ønskelig med et noe lenger behandlingsløp, men da er det ikke forenlig med at vi skal hele tiden unngå fristbrudd og ta nye saker da.*” Senere i intervjuet bekrefter hun imidlertid at det er en fare for at rettighetsvurderingene vil bli strengere når de nå har får krav om ytterligere økonomiske kutt samtidig med krav lik aktivitet og ingen fristbrudd.

Samlet sett varierer informantenes beskrivelser fra å fastslå helt tydelig at de tar hensyn til kapasitet når de gjør vurderingene på den ene siden, til å forsøke å balansere mellom å utøve gode faglige vurderinger i tråd med forskriften og samtidig unngå fristbrudd for poliklinikken og ta hensyn til kapasiteten på klinikken på den andre. Variasjonene mellom disse posisjonene fremkommer både mellom informanter og hos en og samme informant. Sammenfallende for begge posisjoner er at de erkjenner at kapasitet får betydning for resultatet av vurderingene. Våre funn viser altså at kapasitetshensyn gir tydelige føringer på vurderingene, noe som igjen brukes i retning av å gi flere avslag når kapasiteten er presset. Funnene er slik sett i tråd med

observasjonene fra forstudiet, men fremstillingen fra informantene i intervjuene er mer nyansert og variert.

Informantene er åpne på at kapasitet vektlegges, og flere tilkjenner at de er klar over at dette er problematisk i forhold til reglene. Andre beskriver det mer som 'gråsoner', mens atter andre mener de klarer å se bort fra denne faktoren, og sier de holder seg til en tolkning av reglene der kapasitet ikke vektlegges. Det er interessant å merke seg at samme informant som påpeker dette, omtaler allikevel kapasitetshensyn som et opplevd 'krav' og det fremkommer også at fristbrudd har vært et daglig tema på klinikken i hele 2011. Vi tolker dette som en indikasjon på at det er meget utfordrende å klare å ikke bli påvirket av lokal kapasitet selv om man forsøker å ha et bevisst forhold til ikke å bli det.

Slik vi tolker funnene om kapasitet ser vi at det er en faktor som vektlegges i vurderingene og at de fleste mener dette er problematisk. Samtidig vekter framstillingen slik at dette kommer frem samtidig som de forsøker å ivareta sin egen og klinikkens faglige integritet. Dette viser at kapasitetsfaktoren oppleves som mer kontroversiell og problematisk for informantene enn de tidligere nevnte faktorene. Vi vil komme tilbake til hva dette medfører av subjektive opplevelser for informantene.

6.9 Om kryssende styringssignaler

Et tema som er beslektet med kapasitetsspørsmålet er i hvilken grad informantene opplever å bli utsatt for kryssende styringssignaler i sitt vurderingsarbeid. Flere informanter beskriver hvordan ulike krav fra lovgiver og tilsynsmyndighet kan komme i et motsetningsforhold til krav fra arbeidsgiver og lokal ledelse. Kravene fra lovgiver og tilsynsmyndighet oppleves som kommunisert gjennom henholdsvis prioriteringsforskriften, veilederen fra Helsedirektoratet og tilsynsrapportene fra Helsetilsynet. Informantene opplever på den andre siden at lokal ledelse, arbeidsgiver og helseforetaket kommuniserer krav om økte produksjonstall, at budsjettene skal holdes og at det ikke skal forekomme fristbrudd.

For mange av de prioriteringsansvarlige oppleves dette som krav det i realiteten ikke er mulig å forene når de skal prioritetsvurdere henvisninger. En uttrykker seg slik: ”..*Vi skal ikke ta hensyn til kapasitet, men det er et hensyn det er veldig vanskelig å holde unna så lenge det ikke skal være fristbrudd*”. En annen er opptatt av at intensjonen med regelverket ikke kommer til sin rett på grunn av lokal styring av vurderingene. Han sier at: ”.. *Det skulle jo sikre lik behandling ut fra like tilstander uavhengig av kapasitetsproblemer. Men jeg er veldig styrt ovenfra at vi skal holde fristbruddene unna.*”

Også andre viser til hvordan lokal ledelse griper direkte inn i vurderingene. En informant forklarer følgende: ”..*Det sies fra ledelsens side at vår avvisningsprosent her er for lav, at det burde være høyere avvisningsprosent*”.

Andre beskriver en oppfatning av uklare og til dels motstridende signaler fra helseforetak, veileder og tilsynsmyndighet med hensyn til hva som skal prioriteres og viser til at signalene ofte blir mer forvirrende enn oppklarende. En informant sier: ”.. *Gjennom signaler fra prioriteringsveileder, Helse Sør-Øst og Helsetilsynet får man inntrykk av at man skal prioritere alt. Får ikke helt tak i hvem vi ikke skal prioritere*”.

Et dilemma som berøres er kravet fra arbeidsgiver om kortere ventetider og økt sirkulasjon og produksjonstall. Flere påpeker at det er mer tidkrevende å ta inn flere nye pasienter enn å ha et bestemt antall mer kjente pasienter i behandling over tid. Stor utskiftning i pasientgruppen over kort tid gjør lett at produksjonen blir lavere heller enn at den øker. I tillegg viser flere til økte krav om dokumentasjon, noe som tar tid bort fra pasientarbeid. En informant sier det slik:

”..*Fått beskjed om å prioritere tøffere.. Samtidig fått beskjed om at vi ikke skal gi så mye avslag og ikke ha fristbrudd. På et vis oppleves som doble styringssignaler. Skal hjelpe flest mulig og samtidig dokumentere i øst og vest. Hvis jeg skal gjøre noe klinisk arbeid på en ordentlig måte, kan jeg ikke sitte med alle papirene mine*”.

Fra en informant beskrives imidlertid styringssignaler om begrenset kapasitet ikke som et stort problem med hensyn til prioriteringsvurderingene. Vedkommende gir uttrykk for at de på hennes klinikk klarer å innfri både krav om ikke å ta kapasitetshensyn og allikevel unngå fristbrudd, og viser til en stabil avslagsprosent på mellom 30 og 35 % over lengre tid. Det beskrives en høy bevissthet med fokus på å unngå fristbrudd, og man bruker overtid og dugnader når man ser at kapasiteten kan overskrides på grunn av høy pågang.

Samlet sett viser funnene at informantene opplever kryssende styringssignaler. Disse kommer spesielt fra to ulike posisjoner. Både lokale og sentrale krav om at det ikke skal forekomme fristbrudd, kombinert med økte krav til aktivitet, oppleves for flere å stå i skarp kontrast til lovkravene om hvilke faktorer som skal vektlegges i prioriteringsvurderingene. Enkelte opplever dette som helt uforenlige krav, mens andre opplever at de er mindre problematiske, som oftest med henvisning til at de klarer å unngå fristbrudd på ulike vis. Ingen ser allikevel helt bort fra styringskravene fra lokal ledelse og foretak om at det ikke skal forekomme fristbrudd, selv om de fleste tilkjennegir at dette er problematisk med hensyn til forskriften. Det virker også som de fleste opplever at nettopp dette ansvaret er delegert ned til deres nivå, og at de har med seg dette kravet helt inn til selve prioriteringsvurderingene. Dette gjelder for så å si alle informantene uavhengig av om de har et økonomisk og administrativt ansvar i tillegg til det faglige.

6.10 Om utøvelse av skjønn

Alle informantene kommenterer erfaringer og opplevelser knyttet til anvendelse av skjønn i vurderingsprosessen. Flere viser til begrepet 'skjønn' direkte, slik det blant annet ble uttrykt av en informant: *"..Det er skjønn som utøves. Har bare henvisningene å gå ut i fra. Skjebnene til pasientene ligger der."* Andre bruker ulike termer når de snakker om skjønn. Vi finner bruk av begreper som 'faglig intuisjon', 'klinisk teft', 'erfaring' og den mer folkelige

varianten 'sunt bondevett', uttrykt i intervjuene som betegnelser på anvendelse av faglig og klinisk skjønn.

Det fremkommer betydelige variasjoner, og til dels motsetninger, i omtalen av skjønn både mellom informanter og hos samme informant. Bruken av skjønn plasseres av flere i direkte relasjon til regeltolkningen og enkelte informanter mener det er gode muligheter til å bruke fagkunnskap i prioriteringsarbeidet. En informant sier at: *"..jeg opplever å være en fagperson"*.

Flere informanter refererer til skjønn når de bruker diagnostiske vurderinger og avveininger opp i mot prioriteringskriteriene. Slik sett referer de til et ønske om å bruke skjønn som følger veilederen tett. En informant vektlegger dette slik: *".. Ønsker å ha trua at jeg hovedsakelig er fagperson som vurderer ut ifra veileder. Ha et overordnet fokus alvorlighet, nytte og kostnad"*.

På den andre siden åpner de fleste også opp for et stort tolkningsrom der skjønnnet omtales som noe mer vagt, upresist og som omfatter en rekke faktorer, deriblant de som er beskrevet over. Det som går igjen er opplevelsen av det foreligger et stort tolkningsrom etter lesning av forskriften og veilederen opp mot begrenset informasjon i henvisningen. Dette rommet fylles med vurderinger av ulike faktorer hvorav mange direkte berørt i veileder og regler, mens andre tolkes inn som relevante av informantene.

En beskriver opplevelsen av meningsløshet ved å sitte i inntaksteam når vurderingsgrunnlaget ofte er spinkelt, og man ikke har kapasitet til å ta alle man kunne ønske inn til vurderingssamtale slik at det kliniske skjønnnet kan anvendes. Hun sier: *"..Vurderingsgrunnlaget er ofte spinkelt. Vi burde egentlige kalt inn alle til vurderingsamtale, men det har vi ikke kapasitet til. Slik sett blir det å sitte i inntaksteam litt lottoaktig"*.

Informanten beskriver her en realitet som gjør at skjønnnet blir langt mindre presist og tilfeldig enn det en skulle ønske ut i fra faglige ambisjoner.

Manglende kvalitet på henvisningene er allerede nevnt som en faktor alle informantene opplever som begrensende for å utøve godt faglig skjønn i vurderingene, og av den grunn kaller noen inn til vurderingssamtaler. De fleste sier de gjør dette sjeldent. Noen av disse sier at de i vurderingsarbeidet utøver skjønn, mens andre sier rett ut at de opplever at de tar beslutninger på sviktende grunnlag. Det er de samme som sier at de synes arbeidet til tider kan oppleves meningsløst.

En annen svarer slik på spørsmål om det å vurdere ut ifra mangelfulle henvisninger: *”..Litt vanskelig å svare på. Vi gjør så godt vi kan ut i fra teksten. Det er begrenset informasjon”*. Flere peker på at knapphet på tid kan gå utover kvaliteten på utøvelse av det kliniske skjønn i vurderingsarbeidet: En uttrykker det slik: *”..Tidspress gir føringer for faglig vurdering av innhold. Når det går fort.. ikke direkte feil, men leser mindre grundig og hopper over informasjon som kunne gjøre en forskjell”*.

Flere berører hvorledes konteksten har betydning for utøvelse av klinisk skjønn. Flere bemerker også at kontekstuelle forhold ikke blir tatt med i prioriteringsveilederen, samtidig som disse som regel er av stor betydning for pasientens tilstand. En informant fastslår at: *”.. ved utøvelse av faglig skjønn kan en ikke la være å ta hensyn til kontekst.”* En trekker frem hvordan kontekst kan være med å ha påvirkning på en negativ måte ved at mer sammensatte forhold rundt pasienten kan føre til at dette legges i vektskålen, noe som gjør at tilstanden ikke blir vurdert likt som dersom dette ikke hadde vært tilstede.

Flere informanter henviser til det tolkningsrommet de finner i prioriteringsveilederen og i prioriteringsforskriften, og de bekrefter at dette blant annet blir brukt for å tilpasse inntaket slik at man blant annet innfrir krav fra ledelsen i sykehuset. En informant sier: *” Andre enn de rent kliniske forhold blir tatt inn i vurderingene. Corny å si nei til det. Man sklir i et rom som er utydelig.”*

Som det også er vist til ovenfor berører flere informanter hvordan kapasitetshensyn og krav ovenfra er med å påvirke utøvelsen av det faglige skjønnnet. Noen beskriver dette som så begrensende og meningsløst at de til tider vurderer om de kan fortsette med det. De opplever at det går ut over deres faglige integritet. En sier: ”*Til tider vanskelig, føler meg strengere enn jeg tror jeg er som person. Føler meg presset av lang venteliste, fristbrudd, frustrasjon fra medarbeidere at vi har mye å gjøre.*” En annen forteller hvordan han på samme måte opplever at krav fra eier og hensyn til medarbeidere direkte hindrer ham i å bruke fagligheten i vurderingene slik han skulle ønske det. Han sier at:

”*..Når man må beskytte teamet og tenke fristbrudd vil dette påvirke vurderingene...Da brukes tolkningsrommet for å ta hensyn til andre forhold. Andre enn de rent kliniske forhold blir tatt inn i vurderingene. Forvaltningen av pasienthåndteringen overstyrer det kliniske skjønnnet.*”

Flere av de forholdene som er vist til i her blant funnene som knyttes til skjønn, er sammenfallende med det som også er redegjort for under funn om vurderingsgrunnlaget, sosial kontekst, kapasitet og kryssende styringssignaler. Vi har valgt å ta med enkelte overlappende eksempler som er da vi mener dette belyser bredden i det skjønnnet som informantene gjør rede for. Som det fremgår av funnene er det stor variasjon i skjønnnet, noe vil diskutere nærmere i neste kapittel.

6.11 Om opplevelse av rolle

De fleste informantene understreker på ulike vis at de erkjenner det betydelige ansvaret det ligger i å skulle bestemme hvem som skal få et tilbud og hvem som skal avslås. De fremhever at de kjenner på et stort ansvar for å forvalte begrensede ressurser og å utøve godt faglig skjønn i dette arbeidet. En sier det slik på spørsmål om han hvordan han identifiserer seg som portvokter for helsetjenester eller kliniker og fagperson: ”*Litt begge deler, skal ikke nekte for det. Har et oppdrag- skal samtidig ta vare på personalet.*” Interessant nok opplever denne

informanten å ha et ansvar ikke bare for prioritering av pasientene, men også for kollegers arbeidsbelastning, selv om vedkommende ikke hadde personalansvar. Dette var en opplevelse som gikk igjen hos flere informanter og som viser at rollen som kollega er fremtredende i prioriteringsarbeidet nettopp fordi man erkjenner at inntak av flere pasienter kan medføre økt belastning på kolleger.

Andre informanter var tydeligere på rollekonflikten de opplevde mellom å være kliniker og fagperson på den ene siden, og prioriteringsansvarlig på den andre. En sier at: *”Det blir et skille mellom meg som kliniker og mellom den jobben som gjøres i prioriteringsarbeidet. Det er med å gjøre arbeidet vanskelig.* I tråd med dette fremhever en annen hvordan prioriteringsarbeidet går på akkord med profesjonstilhørigheten. Han sier at: *”.. til tider opplever jeg meg som psykiater, men det er sjeldnere og sjeldnere jeg får følelsen av å være det.”* Samme person gir et bilde av hvordan rolle og kryssende styringssignaler veves sammen i prioriteringsarbeidet. Han sier at: *”.. Ingen tvil om at ledelsen mener jeg som medisinskfaglig rådgiver skal være 100% lojal mot ledelsen. Så jeg er jo helt og holdent styrt av hva ledelsen mener og det innvirker jo på hva som skjer.”*

Flere forteller om hvordan de opplever et motsetningsforhold mellom det å være kliniker og å skulle prioritere. På den åpne spørsmålet om opplevelsen av å være ansvarlig for prioriteringsvurderinger sier en informant: *”..Til tider vanskelig. Føler meg strengere enn jeg er som person. Føler meg presset av lange ventelister, fristbrudd og frustrasjon fra medarbeidere”.* Vi tolker dette dit hen at hun som prioriteringsansvarlig må ta beslutninger og gjøre vurderinger som bryter med hennes grunnleggende identitet som kliniker og hjelper.

En av informantene beskriver dilemmaet som oppstår når man ser at det her er tiltak som kan være til god hjelp, men hvor mangel på alvorlighet tilsier at det er en oppgave for førstelinje. Men så vet man at førstelinjen ikke har kapasitet som tilsier at dette vil bli håndtert der. Vedkommende forklarer at man på hans klinikk allikevel velger å ikke kompensere manglende tiltak i kommunen, men forsøker å forholde seg til retningslinjene ved å ha en bevissthet på hva som hører hjemme i DPS og hva som hører hjemme i kommunen. Han

bekrefter at han da opplever å ha en funksjon som portvokter for spesialisthelsetjenesten, og at han samtidig bruker sin fagkunnskap og kliniske erfaring når han gjør rettighetsvurderinger.

En annen beskriver portvokterrollen som en annen enn det å være kliniker, og gir uttrykk for at disse to ikke kommer i konflikt med hverandre. På den annen side sier hun at hun ofte ikke kjenner pasienten igjen fra beskrivelsen i henvisningen og at et er vanskelig å gjøre gode vurderinger. Av den grunn skulle hun ønske alle kunne bli tatt inn til vurderingssamtale, noe som sjelden gjøres der hun arbeider. Selv om hun et sted i intervjuet uttalte at hun ikke opplevde at de to rollene som kliniker og portvokter ikke kommer i konflikt, bekreftet hun senere at hun opplever å sitte i en skvis ved både å være kliniker og å måtte ta kapasitetshensyn.

En annen informant sier at han ofte har opplevd å komme i en situasjon der han på vegne av fag og pasient tar beslutninger som kan gi problemer for klinikken. Dette er ifølge samme informant lettere å gjøre når man er fristilt fra administrativt og økonomisk ansvar. Han forklarer i den forbindelse at: ”..*Portvokterfunksjonen blir nedtonet når man er fristilt.*”

Det fremkommer at flere ser det som mer krevende å ha ansvar for rettighetsvurderinger når man samtidig har administrativt og økonomisk ansvar. En som tidligere hadde et teamlederansvar, sier det slik: ”..*Rollen som teamleder vil påvirke vurderingene. Når jeg som teamleder skal fordele sakene og må beskytte teamet og tenke fristbrudd vil dette påvirke vurderingene. Man blir strengere både mht rett og frist*”. Samme informant sier litt senere: ”*Det blir lettere når man er fristilt fra administrativt og økonomisk ansvar*”.

Oppsummert viser funnene at informantene anerkjenner sin rolle som definert både av sentrale styringssignaler om samfunnshensyn, lokal tilknytning til klinikken og dens begrensninger og arbeidskolleger på den ene siden, samtidig som de anerkjenner sin identitet som kliniker og fagperson på den andre. På samme måte som med de kryssende

styringssignalene tolker vi funnene dit hen at de opplever variasjoner i sin rolleavklaring avhengig av hvor stort press de opplever, hvor sterke styringssignalene er lokalt, hvor stor lojalitet de opplever til egen arbeidsplass og kolleger. Enkelte beskriver at de klarer å integrere de to rollene greit og at de kan være fagpersoner i prioriteringsarbeidet. Motsetningene mellom de ulike rollene er allikevel tilstede som en klar tendens i funnene, og de fremstår som størst når informantene samtidig opplever press på kapasitet eller har ledelsesansvar.

Flere informanter responderer positivt på 'portvokter'-begrepet som beskrivende for rollen de har det arbeidet de utfører, og enkelte bruker betegnelsen uten at det er introdusert av intervjuer. Det forligger videre sparsomt med indikasjoner på at portvokterrollen benyttes til å overdrive profesjonshensyn eller egen spesialitets behov ved å gi for mange rettigheter. Tendensen er heller i motsatt retning, dvs. at informantene uttrykker betydelig lojalitet til sitt arbeidssted og klinikk, lokale styringssignaler og ansvar for kollegers arbeidsbelastning. De erkjenner at det får betydning for vurderingene og flere påpeker at dette er problematisk.

6.12 Informantenes subjektive opplevelse

Under dette temaet har vi samlet mange av de utsagnene og ytringene som berører hvorledes spesialistene som sitter med vurderingsarbeidet opplever å være prioriteringsansvarlig, men henvisning til hvordan dette påvirker dem som fagpersoner og mennesker. Selv om opplevelsene også kommer til uttrykk i sammenheng med flere av de forhold som er beskrevet over, har vi valgt å redegjøre for dem i en egen del for å få frem tydeligheten i hvordan ansvaret påvirker dem som personer.

Flere informanter sier de kjenner seg styrt av ytre forhold som ikke primært har med pasientene å gjøre. Dette beskrives energitappende og frustrerende, og flere gir uttrykk for at dette gjør at de i perioder vurderer å finne et annet arbeid. En informant sier det slik: *Jeg blir veldig sliten. Jeg blir tappet for energi når jeg har gått mot min egen overbevisning opptil flere ganger for omstendighetenes skyld*". Videre sier hun at hun ikke vet hvor lenge hun

orker å holde på med dette. En annen informant opplever samme utfordring med å kjenne på det ansvaret han opplever med å være prioriteringsansvarlig: *”..Jeg opplever det som å stå i en skvis. Å ta vare på det vi har av ressurser her slik at folk ikke blir overbelastet. Hver uke sitter vi med søknader. Jeg blir aldri så sliten som på disse mandagene.”*

En informant viser til den formelle dobbeltrollen hun satt da hun samtidig var teamleder og prioriteringsansvarlig. Hun sier at hun måtte velge mellom å ta sakene selv eller stå for at det kunne bli frist brudd for klinikken og at dette var belastende: *..Når folk var overbelastet måtte jeg ta sakene selv for å forhindre fristbrudd. Det var en voldsom overbelastning jeg kjente da.*

En annen informant bruker fagbegreper for å gi uttrykk for hvor uforenlige de kryssende styringssignaler kan forekomme: *”..At vi skal klare å dytte alle inn her innen fristen uavhengig av kapasitet er en helt psykotisk tanke”*. Dette tydeliggjør uten tvil det meningsløse og urealistiske ved å oppleve å måtte ta til tider uforenlige hensyn i prioriteringsarbeidet. Andre påpeker det samme og refererer til etiske betenkeligheter:

”..Kommer i en etisk skvis i vanskelige perioder. Da tenker jeg at jeg skal slutte. Jeg vet at det går i bølger.” Det fremkommer også eksempler på at informantene berører opplevelsen det er å skulle avvise pasienter, når de er grunnleggende motiverte for å hjelpe som helsepersonell. En informant sier at: *”..Vi snakker litt etterpå vi som sitter i inntaksteamet og flere synes det er veldig ubehagelig- særlig det å avslå pasienter”*.

Andre beskriver hvordan opplevelse av krav ovenfra tar fokus bort fra det faglige vurderingsarbeidet, og viser bl.a. til vurdering etter kriteriene, fristsetting, time i første brev, informasjonsplikten, prosedyrekoding etc. Hun påpeker at dette oppleves som ’tidstyver’ i hverdagen som ikke nødvendigvis resulterer i bedre pasientbehandling. En uttrykker det slik:

”Forvaltningen av pasienthåndteringen overstyrer det kliniske skjønnnet og klinikken..blir mer instrumentelle i pasientbehandlingen. Det menneskelige aspektet i pasientbehandlingen blir skadelidende. Pasientbehandlingen blir mindre menneskelig. Fokus i spesialisthelsetjenesten

blir fra at de skal få det bedre, til at det ikke går helt galt. Forvaltning av pasientflyten overstyrer fornuften”.

Hvorvidt kravene om rettighetsvurderinger, bedre dokumentasjon, koding og rapportering er med på å bedre kvaliteten blir besvart slik av en : ”..*Nei, vet du. Jeg synes det har blitt helt grusomt. Hvis de mener at det er å kvalitetssikre tar de helt feil. Det handler ikke om kvalitet, overhodet ikke.*”

Flere sier at man for å møte kapasitetsbegrensningene kutter ned på tiden i behandlingene. En forteller at behandlerne nok kunne ønske at de kunne tilby noe lengre behandlingstid og flere konsultasjoner, men at det de tilbyr er forsvarlig og at en tenker over hva som er ’godt nok’. Flere beskriver mangel på tid til å etablere en relasjon som et gjennomgående dilemma. En sier: ”*Man begynner et behandlingsløp, bygger relasjon. Det er liksom ikke et benbrudd, men innerste sjela som blottstilles. Så skal man komme inn i noe – på noen få timer*”.

Andre opplever dette annerledes. Arbeidet oppleves ikke slitsomt i seg selv, men hastigheten på gjennomføringen og dårlig forberedelse til inntaksmøtene kan føre til at vurderingene ikke gjøres så grundig som man kunne ønske. Som nevnt innledningsvis i funndelen rapporterer noen at det oppleves både meningsfullt og krevende å prioritere. En fremhever det meningsfulle i det å være med å forvalte store ressurser ved å prioritere, og samtidig forsøke å ta vare på og utnytte fagkunnskap.

7 Diskusjon

Vi vil i det følgende diskutere funnene fra undersøkelsen og se på tendensene og variasjonene i sammenheng med tidligere undersøkelser og teori. Vi vil starte med betraktninger vedrørende informantenes syn på det å prioritere. Deretter vier vi god plass til en drøfting av utøvelsen av skjønn, og drøfter muligheten for å utvikle et eget prioriteringsskjønn. Vi ser videre nærmere på kapasitetsspørsmålet og kryssende styringssignaler siden dette er fremtredende sider ved våre funn, samtidig som det har vært et viktig spørsmål ved begge revisjoner og i lovforarbeidene. Informantenes rolleforståelse og identitetsopplevelse diskuteres deretter. De teoretiske perspektivene som er gjort rede for i innledningen tas med inn i de ulike diskusjonsdelene for å belyse funnene ytterligere. Avslutningsvis peker vi på mulige metodiske begrensninger og aktuelle spørsmål for videre forskning på temaet.

7.1 Anerkjennelse av prioriteringsbehovet

Vi tolker tendensene i informasjonen fra våre informanter dit hen at de i hovedsak målbærer en positiv holdning til behovet for å prioritere henviste pasienter inn til behandling. De anerkjenner prioriteringsbehovet generelt og sier seg enig i at dette er en viktig del av helsevesenets oppgaver både i psykisk helsevern og ikke minst i andre fagområder. Flere mener dessuten at andre fagområder også burde følge opp det samme prioriteringsfokuset som de opplever har befestet seg i psykisk helsevern.

Det er interessant å se den anerkjennende holdningen som kommer til uttrykk i våre intervjuer opp mot de undersøkelsene som ble gjort på slutten av 90-tallet (Kristoffersen & Piene 1997, Lian & Kristiansen 1998). Disse avdekket en negativ holdning til prioriteringsregler og liten grad av etterlevelse av dem. Den står også i kontrast til ledende helsepersonells uttalelser om prioriteringsreglene i samme periode (Husom 2000). Selv om våre funn på ingen måte kan generaliseres til en populasjon av prioriteringsansvarlige, kan de allikevel gi en forsiktig

indikasjon på en mulig holdningsendring til prioriteringsspørsmålet blant helsepersonell i løpet av det siste tiåret. Det er mulig at et vedvarende og økende fokus på behovet for prioriteringer fra myndighetenes side har resultert i en økt erkjennelse av at gode prioriteringer av pasienter er viktig og nødvendig. Det er også mulig at videre utvikling og forbedring av reglene, og at fagmiljøet selv har fått være med på å definere retningslinjene for vurderingene, har gitt prioriteringer økt legitimitet og aksept i fagmiljøet.

Et annet moment av betydning kan være knyttet til at holdningene til prioriteringsbeslutninger som ble undersøkt på 90-tallet omhandlet somatiske fagområder, mens prioriteringsregler først ble implementert for alvor i psykisk helsevern etter lovendringene som kom i 1999 og 2003. Fagmiljøet har derfor ikke hatt så mange år på seg til å etablere erfaringer noe som igjen kan ha medføre mindre innslag av negative holdninger til det å prioritere i seg selv. Denne forklaringen kan videre forsterkes av at flertallet av våre informanter er psykologspesialister. Psykologer som profesjon fikk økende ansvar og beslutningsmyndighet gjennom endringer i lovverket i 1999 og har først de siste årene bygd opp vesentlig erfaring med å være ansvarlig for vedtak og prioriteringsvurderinger inn til psykisk helsevern. Det grunn til å anta at psykologprofesjonen fortsatt har fokus på å finne sin rolle og status i prioriteringsarbeidet, og har kanskje hatt mindre fokus på å etablere en felles holdning til prioriteringer. I den sammenheng er det også interessant at Norsk Psykologforenings etiske prinsipper mangler en tematisering av et helhetlig samfunnsansvar og prioriteringsansvaret som helsepersonell slik legene har i sine etikkregler (Ethiske Prinsipper for Nordiske Psykologer, Norsk Psykologforening, 1998).

Det er videre viktig å se de positive holdningene i lys av kommentarene fra Bærøe (2005) og Førde (2004). Med utgangspunkt i henholdsvis teori om skjønn og etiske regler for leger, understreker de fra hvert sitt perspektiv helsepersonell og legers ansvar overfor både individet og kollektivet. Andre har på sin side hevdet at leger og helsepersonell ikke har spesifikke forutsetninger for å fatte prioriteringsbeslutninger, og dermed heller ikke skal gis dette ansvaret (Wyller, 1999). Vårt materiale indikerer at det kan foreligge holdninger blant prioriteringsansvarlige i psykisk helsevern som understøtter Bærøe (2005) og Førdes (2004) oppfatning av det todelte ansvaret. Hvis den positive holdningen til å prioritere skulle vise seg

å være gjeldende gjennom andre mer representative undersøkelser, er det også gode nyheter for styrende myndigheter. Da er det imidlertid desto viktigere at man blir klar over de betydelige utfordringene våre informanter målbærer med hensyn til prioriteringsvurderingene i psykisk helsevern.

For selv om vi her har påpekt en generell positiv holdning til prioriteringer, gir funnene et kontrastfylt bilde av informantenes opplevelse. Funnene viser nemlig at selv om informantene er positive til prioriteringer generelt, opplever de store utfordringer og betydelige belastninger knyttet til hvordan de spesifikke vurderingene implementeres i psykisk helsevern. Vi vil diskutere flere av disse forholdene nedenfor.

7.2 Skjønn og prioriteringsregler

Vi har innledningsvis vist hvordan lovforarbeidene og teori om skjønn plasserer skjønnsutøvelsen i direkte sammenheng med regelanvendelse. Både Davies (1969) og Bærøe (2005) plasserer skjønn i direkte sammenheng med regler og viser hvordan man alltid må legge til grunn et skjønn når ulike hensyn veies opp mot hverandre. Våre funn viser at dette er tilfellet med informantenes anvendelse av prioriteringsreglene. Samtlige informanter viser til et tolkningsrom som oppstår etter lesing av forskriften og bruk av veilederen, og bekrefter at de fyller dette rommet med sine skjønnsmessige vurderinger av om den henviste pasienten tilfredstiller kriteriene for nødvendig helsehjelp og fristfastsettelse. Dette er også i tråd med anbefalingene i NOU 97 om at det må utøves skjønn ved anvendelse av kriteriene. På den annen side står det også i mandatet til NOU 1997 at de første reglene ga for stort som for personlig skjønn og individuell tolkning, og at en revisjon bør søke å møte denne utfordringen. Det er derfor viktig å undersøke hvordan skjønn utøves i møte med de nye reglene.

Funnene i vår undersøkelser viser at det er stor variasjon i hvordan informantene beskriver skjønnsutøvelsen i prioriteringsbeslutningene. På den ene siden fremstår skjønnsutøvelsen i

enkelte tilfeller som begrenset til en relativt presis, diagnostisk og faglig avveining av symptomer på tilstander opp mot kriteriene i forskriften, gjerne understøttet av veilederen. Informantene beskriver her fokus på å oppnå konsensus, etablere enhetlige vurderinger over tid, og vektlegger rasjonalitet og objektivitet i vurderingene. Det faglige blir ofte tematisert gjennom diagnostiske angivelser, men også gjennom andre skjønnsmessige drøftinger av mulige tilstander opp mot alvorlighetskriteriet og nyttekriteriet. Skjønnnet fremstår slik informantene beskriver det her som noe teknisk og litt “byråkratisk”, med en klar forankring i en biomedisinsk tilnærming til psykiske lidelser. Dette kommer spesielt tydelig frem gjennom den diagnostiske begrepsbruken, noe som igjen er på linje med den tilnærmingen som ligger til grunn for veilederen for prioriteringsvurderingene i psykisk helsevern slik vi har kommentert innledningsvis.

Noen informanter viser også til forsøk på å evaluere egne vurderinger over tid, og én informant forklarer at man ser på mønstre og prosentvis avslag av henvisninger over ulike tidsperioder med målsetting om å være konsistente. Selv om man her ikke evaluerer selve innholdet i vurderingene eller sider ved skjønnsutøvelsen, kun resultatet over tid, er allikevel forsøket på å evaluere egen prioriteringspraksis i tråd med Bærøes (2005) anbefalinger om å systematisk reflektere over egen praksis for over tid å utvikle og forbedre skjønnsutøvelsen. En slik evaluering av prioriteringsarbeidet er imidlertid lite fremtredende blant våre informanter. Med unntak av drøftingene på prioriteringsseminaret til Helse Sør Øst, er det ingen som viser til at man undersøker nærmere hvordan andre enheter prioriterer. Mangelen på refleksjon og evaluering av skjønn i prioriteringsvurderinger kommer sannsynligvis av at de ansvarlige spesialistene har lite tid til dette, og at det generelt ikke er etablert en evalueringspraksis for prioriteringsvurderinger slik tilfellet er med ordinær klinisk praksis. Dette kan medføre at det utvikler seg en lokal ‘prioriteringskultur’ der man sjelden undersøker om egen praksis er i tråd med andres. Dette kan også være en faktor som kan forklare de store variasjonene man finner i resultatene av prioriteringsvurderingene, slik som bl.a. Holman (2011) har vist.

Selv om vi finner eksempler på skjønn og evaluering av skjønnsbruk som beskrevet over, er det likevel ikke denne formen for skjønnsutøvelse som er mest fremtredende blant våre

informanter. Funnene indikerer en langt bredere tilnærming til skjønn der tolkningsrommet fylles med vurdering av en rekke forhold. Undersøkelsen viser at tidspress, begrenset kvalitet på henvisningene og manglende informasjon i mange vurderingssaker får konsekvenser for skjønnsutøvelsen. Dette blir kun i begrenset grad kompensert for ved at man kaller inn pasienten til videre undersøkelser. I tråd med det man kan forvente ut i fra psykologisk beslutningsteori viser funnene at mange prioriteringsansvarlige vektlegger sin egen kliniske erfaring og ser etter enkelte kjennetegn som leder opp til en beslutning selv om både tidsbruk og informasjonstilgang ikke er optimal. På den ene siden kan dette være en effektiv og god nok utøvelse av skjønn under press der man tilpasser tolkningene av reglene de forutsetningene man jobber under og de lokale forhold man kjenner godt. På den annen side kan dette i sin ytterste konsekvens medføre at pasienter får avslag på sviktende grunnlag, for eksempel fordi de er henvist av en fastlege med dårlig tid. I likhet med resultatet av en vurderingspraksis der man ikke evaluerer eget skjønn, vil bruk av tommelfingerregler og selektiv tolkning av henvisninger kunne resultere i at man over tid utvikler feil prioriteringspraksis. Igjen kan dette være en medvirkende faktor til at man finner så store variasjoner i resultatet av skjønnsutøvelsen som Holman (2011) og Riksrevisjonen har avdekket.

7.3 Et utvidet skjønnsbegrep

I motsetning til det som angis som en viktig utfordring som skal imøtekommes for NOU 1997, er det nettopp det vide spennet av skjønnsutøvelse som legges inn i tolkningsrommet mellom henvisning og prioriteringsregler som fremstår som tendensen i våre funn. Vi finner en vid og pragmatisk anvendelse av skjønn i vurderingene av henvisninger av pasienter. Flere informanter viser til at veilederen er altfor enkel og virkelighetsfjern i sin beskrivelse av tilstandene som skal vurderes, og at det oppleves som nødvendig og riktig å vektlegge forhold den ikke beskriver. Slik sett fremstår tendensen i skjønnsbruk kanskje mer i tråd med det en informant kaller 'sunt bondevett'.

En viktig faktor som nevnes av samtlige informanter, og som var et fremtredende tema på prioriteringsseminaret, er pasientens sosiale kontekst. Informantene er opptatt av at det er helt nødvendig å både forstå, vurdere og legge vekt på pasientens sosiale situasjon når prioritet skal vurderes. I den sammenheng beskrives både sosioøkonomiske forhold, mangel på bosted og andre sosiale utfordringer som aktuelle faktorer. Videre fremheves kjennskap til opptaksområdet og erfaringer med fastlegene som henviser som en del av konteksten som tas med i vurderingene. Flere innhenter også informasjon hentet fra tidligere journal. Informantene er opptatt av at flere av disse kontekstuelle faktorene får betydning både for nytte- og alvorlighetskriteriet, og at det blir en avveining av disse som ofte blir utfordrende når konteksten vurderes.

Vi har innledningsvis pekt på at prioriteringsvurderinger i psykisk helsevern kan være spesielt utfordrende på bakgrunn av sykdomsbildets egenart. I motsetning til hva tilfellet er med mange somatiske sykdommer, er tilstandsbildet og helheten omkring pasienten sammensatt og komplisert. Funnene våre bekrefter dette og viser at det kanskje ikke verken er mulig eller ønskelig å skille mellom individuelle symptomer på en tilstand og den konteksten de oppstår og vedlikeholdes i. Våre informanter målbærer slik sett et skjønn som ikke begrenses til en enkel diagnostisk vurdering av en tilstand med tilhørende fastsettelse av rettighet og frist. Tvert i mot går de langt lengre enn veilederen legger føringer for og vektlegger flere forhold i pasientens kontekst i vurderingene. Skjønnets våre informanter beskriver bryter slik sett med det smale biomedisinske paradigmet som vi har argumentert for at ligger til grunn for prioriteringsveilederen. Dette er i tråd med Syse (2011), som har påpekt at prioriteringsreglene kanskje er best tilpasset subakutte, somatiske tilstander. De prioriteringsansvarlige virker å svare på reglenes begrensning med hensyn til psykiske lidelser ved å bruke sine kliniske erfaringer og et skjønn der konteksten spiller en viktig rolle.

På den annen side er det selvfølgelig et risiko for at en overdreven vektlegging av konteksten kan gi negative konsekvenser for pasientenes rettighetsstatus og bryte med lovforarbeidene og det generelle prinsippet om rettferdig fordeling av helsetjenester. Dette er spesielt sårbart hvis konteksten i mange sammenhenger medfører en vurdering av lav nytte av en intervensjon og dermed avslag på rett til helsehjelp, selv om alvorlighetsgraden er høy. Føringene fra NOU

1997 og andre lovforarbeider er at kontekstuelle forhold som sosioøkonomisk status og etnisitet ikke skal ha betydning for pasienters rett til helsehjelp. Nå vektlegges ikke disse forholdene direkte av våre informanter, men det er en risiko for at spesielt sosioøkonomiske forhold får en indirekte betydning for eksempel når nytten vurderes som lav pga manglende rammebetingelser. Det samme kan være tilfellet når enkelte klinikere bruker sine egne erfaringer med begrenset nytte av behandling med flyktninger som en del av et skjønnsmessig avslag for pasienter i den gruppen. En inkludering av kontekstuelle faktorer stiller derfor store krav til vurderernes dømmekraft og integritet, og det blir spesielt viktig med kontinuerlig evaluering av egne vurderinger og unngå at illegitime forhold får innvirkning på beslutningene.

Samlet sett mener vi at våre funn bygger opp under en ny og utvidet forståelse av skjønnsbegrepet i prioriteringsvurderinger. Vi finner et skjønn som ikke bare omfatter at generelle prinsipper anvendes i individuelle vurderinger basert på symptomer og informasjon om tilstand, men et skjønn som også omfatter den sosiale konteksten og andre faktorer som ikke er tematisert av reglene eller prioriteringsveilederen. Selv om det skjønnnet vi finner beskrevet av våre informanter likner det kliniske skjønnnet bl.a. Bærøe (2005) utleder, er det flere vesentlige forskjeller, spesielt med hensyn til vektleggingen av kontekstuelle faktorer og det faktum at det sjelden er direkte observasjon og kontakt med pasienten. Mye tyder derfor på at de prioriteringsansvarlige utvikler en særegen måte å resonnerer på når de gjør prioriteringsvurderinger. Oppsummert mener vi det er mulig å introdusere begrepet 'prioriteringsskjønn' som en beskrivelse av det skjønnnet vi ser konturene av.

Prioriteringsskjønn kan forstås som utøvelse av et faglig-klinisk skjønn tilpasset de spesielle utfordringene spesialistene står ovenfor når de prioriterer pasienter inn til spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsskjønnet i psykisk helsevern kan slik vi finner det, utgjøre et utvidet skjønn der de vurderingsansvarlige tar beslutninger basert på mangelfull informasjon under tidspress og med lite direkte kontakt med pasienten. De blir nødt til å fylle tolkningsrommet ved å vurdere ikke-diagnostisk informasjon som pasientens kontekst, benytte kjennskap til lokale forhold, tidligere behandlingsforsøk og andre forhold som ikke er direkte beskrevet av veilederen.

Prioriteringsskjønn introduseres altså her som en beskrivelse av skjønnsbegrepet med utgangspunkt i våre funn om prioriteringsbeslutninger i psykisk helsevern. Vi har også vist hvordan en anvendelse av dette skjønnet hos våre informanter tar utgangspunkt i både pasient- og samfunnshensynet slik det forutsettes i lovforarbeidene, prioriteringsreglene og de etiske prinsippene for leger. Selv om dette prioriteringsskjønnet går ut over de forhold om beskrives i prioriteringsveilederen, er det likevel en del som tyder på at et slikt skjønn kan være innenfor det som kan aksepteres i lovforarbeidene. Det er, som vist innledningsvis, flere henvisninger i lovforarbeidene og i behandlingen i Stortinget til at alvorlighetsgraden hos pasienten skal forstås som noe langt mer enn kun diagnostiske vurderinger. Det er også mulig å forstå en utvikling av et prioriteringsskjønn i psykisk helsevern som en fortsettelse av en 'nedenifra og opp'-prosess slik Holm (1998) beskriver det (Holm, 1998).

Prioriteringsskjønnet som er beskrevet her tøyser som nevnt yttergrensene for hva prioriteringsveilederen gir rom for. Mye tyder på at våre informanter oppfatter veilederen mer som en 'ovenifra og ned' - overlevering av tolkningsprinsipper basert på begrenset konsensus i fagmiljøet, enn at de er representative for fagområdets bruk av skjønn. Utvikling av et prioriteringsskjønn som beskrevet her, kan slik sett gi et viktig bidrag til tolkningen av prioriteringsreglene i psykisk helsevern basert på en bedre faglig konsensus som inkluderer en psykososial forståelsesmodell.

Det er også relevant å påpeke at innsynet vi får i informantenes bruk av prioriteringsskjønn er på linje med Eckhoff & Gravers (1991) deskriptive synspunkter på lovanvendelse i forvaltningen. Som det er gjort rede for i det teoretiske grunnlaget for undersøkelsen, omtaler Eckhoff & Graver (1991) og Andenæs (2003) beslutningstakere som forvalter regelverket uten juridisk kompetanse, og viser til at dette kan medføre at ekstralegale faktorer som bruk av tommelfingerregler, lokal beslutningskultur og lokale erfaringer osv., inkluderes i den skjønsmessige tolkningen av reglene i individuelle tilfeller. I tråd med Eckhoff & Gravers (1991) deskriptive tilnærming kan dette være akseptabelt. Denne formen for prioriteringspraksis kan dermed etter hvert etableres som en egen rettskilde og slik sett fullbyrde 'nedenifra og opp'-prosessen som Holm beskriver (1998). Men som vi allerede har vært inne på, forligger det en aktuell risiko for brudd på intensjonene bak loven og forskriften ved bruk av prioriteringsskjønn. Det blir derfor viktig å integrere Bærøes (2005) anbefalinger om kontinuerlig evaluering av egne vurderinger for å utvikle et godt prioriteringsskjønn.

Likeledes blir det spesielt viktig å avklare yttergrensene for hva skjønnnet kan omfatte med hensyn til lovverket og prioriteringsreglene.

7.4 Kapasitetshensyn

En indikasjon på hvor avgrensningen av skjønnsutøvelsen bør gå er når informantene beskriver forhold som de selv gir uttrykk for at de vet ikke skal tillegges vekt, men som de allikevel medgir får betydning for vurderingene. Av disse er det kapasitetsspørsmålet som er klart mest fremtredende. Siden vi har valgt en deskriptiv tilnærming til vurderingsprosessen nettopp for å få kastet lys over hvilke faktorer som vektlegges, har vi kun i begrenset grad tatt stilling til hvordan de ulike faktorene forholder seg til lovverket. Det fremgår imidlertid klart i våre funn at informantene selv ser på kapasitet som en faktor som ligger utenfor det som oppfattes som legitimt ut i fra prioriteringsreglene. Dette virker å være et velkjent tema i fagmiljøet i etterkant av Riksrevisjonens mye omtalte undersøkelse i 2008 og Helsetilsynets revisjon i 2009.

At vektlegging av kapasitetshensyn i prioriteringer oppfattes som illegitimt, fremgår både av informantenes direkte omtale av faktorens manglende legitimitet med hensyn til lovverket, samt måten de fremstiller sin vurdering av dette. Informantene bekrefter at kapasitet vektlegges i vurderingene og at det påvirker både rettighetsstatus og fristfastsettelsen for henviste pasienter. De balanserer videre fremstillingen ved å gi uttrykk for at de vet at dette ikke er akseptabelt og at det ofte er ledsaget av en negativ subjektiv opplevelse. Samtidig peker de på at tolkningsrommet i regelanvendelsen gir rom for at kapasitetsspørsmålet får plass, ofte begrunnet ut fra lokale forhold som fare for fristbrudd på klinikken, opplevd press fra lokal ledelse og bekymring for kollegers arbeidsbelastning.

Våre funn vedrørende kapasitetshensyn utdyper og supplerer funnene til Riksrevisjonen der det ble påpekt at variasjonene i resultatene av vurderingene ved ulike DPS indikerte at det ble tatt kapasitetshensyn. De fastslo at dette er illegitimt ut fra loven og forskriften, og at

praksisen truer rettsikkerheten til pasientene. Vår kvalitative undersøkelse bekrefter altså de indikasjonene Riksrevisjonen peker på gjennom sine kvantitative data og viser at kapasitetshensyn faktisk er en del av prioriteringspraksis på mange DPS. Dette funnet forsterker i så måte det empiriske grunnlaget for revisjonsmyndighetenes bekymring for pasientenes rettsikkerhet.

Kapasitetsbegrensningene har som vi også har gjort rede for innledningsvis, vært et av de mest utfordrende temaene under forarbeidet til loven, og det var først ved lovendringen som trådte i kraft i 2004 at denne ble vedtatt fjernet. Bortfall av kapasitetsbegrensningen i pasientrettighetsloven var i tråd med intensjonene i NOU 97 der det står at prioriteringsreglene skal kunne: ”.. *benyttes uavhengig av de til enhver tids gjeldende økonomiske rammer*”. (sitat s. 6, NOU 1997:18). Vi har også innledningsvis vist til hvordan mindretallet i sosialkomiteen har ønsket å fjerne kapasitetsbegrensningen i rettigheten, og at fremtredende jurister har kalt den første versjonen av rettigheten en ’papirbestemmelse’ når den var avgrenset til tjenestens kapasitet (Kjønstad & Syse 2008). Det har med andre ord vært et sterkt press fra ulike hold om at kapasitetsbegrensningen må tas vekk. Vår undersøkelse forsterker allikevel inntrykket fra tidligere undersøkelser, nemlig at kapasitetsbegrensningen lever videre i prioriteringspraksis selv om den ble fjernet fra lovverket.

Vektleggingen av kapasitet i vurderingene kan sees på som et resultat av at rettslige beslutninger blir delegert ned til ikke-jurister slik det er gjort rede for i det rettsosilogiske perspektivet innledningsvis. Dette medfører ifølge Andenæs (2003) at ekstralegale faktorer får betydning i praktiseringen av reglene, og han nevner eksplisitt tjenestens kapasitet som en slik faktor. Dersom vi følger Eckhoff og Gravers (1991) resonnement er det mulig å argumentere for at ekstralegale som tas med i vurderingene som følge av at de gjøres av ikke-jurister kan aksepteres som en selvstendig rettskilde. Det vil imidlertid være å strekke det langt å la dette omfatte kapasitetshensyn, all den tid det er uttrykkelig slått fast i lovforarbeidene og loven etter 2004 at kapasitetshensyn ikke skal ha betydning. Ifølge Andenæs (2003) er det nettopp faren for at slike hensyn blir vektlagt av ikke-jurister som gjør at rettsikkerheten til borgerne ikke alltid blir godt nok ivarettatt gjennom rettighetsutviklingen i samfunnet. Andenæs’ (2003) generelle betraktninger med hensyn til rettigheters

begrensninger som garanti for rettferdig fordeling av tjenester, er slik sett sammenfallende med Riksrevisjonens spesifikke bekymring for rettsikkerheten til pasienter som henvises til psykisk helsevern. Våre funn om kapasitetshensyn forsterker dette inntrykket.

Vi vil i den sammenheng påpeke at vår undersøkelse viser at informantene tydeligvis er godt kjent med at det er illegitimt å vektlegge kapasitet. Slik vi tolker funnene kommer ikke dette av at de ønsker å ta hensyn til det, eller at de ikke kjenner til loven og forskriften, men det kommer av at det er vanskelig å la være på grunn av blant annet kryssende styringssignaler og opplevelse av ansvar for lokale forhold slik vi vil komme inn på nedenfor. Vi mener dette er et viktig funn fordi det indikerer at det ikke bare er fordi lovanvendelsen gjøres av ikke-jurister kapasitet blir vektlagt. Det er lite som tyder på at mer informasjon eller veiledning i tolkning av forskriften eller opplæring i juridisk metode ville hatt stor betydning. Det er antageligvis viktigere å se nærmere på hvilke føringer som blir lagt på de prioriteringsansvarlige.

7.5 Kryssende styringssignaler

Det er en klar tendens i materialet fra intervjuene at informantene opplever kryssende styringssignaler. Dette uttrykkes både helt tydelig og åpent ved henvisning til at de i tillegg til intensjoner om å følge lovverket og påpekninger fra tilsyn og direktoratet, opplever å bli 'styrt ovenfra' gjennom klare oppfordringer og krav fra lokal ledelse. Det kommer også frem at signalene oppfattes og følges mer indirekte ved at informantene forklarer hvordan de tilpasser vurderingene for å ta hensyn til kollegers arbeidsbelastning og klinikkens budsjett og omdømme.

Samlet viser våre funn at de sentrale motsetningene og kontroversene mellom fag, økonomi og jus som går igjen i lovforarbeidene og som har preget diskusjonene under utarbeidelsen av prioriteringsreglene, i stor grad er skjøvet nedover i systemet, helt ned til de prioriteringsansvarlige for henvisninger til psykisk helsevern. I kraft av sin posisjon og

beslutningsmyndighet for tildeling av rettigheter er de prioriteringsansvarlige blitt sittende midt i siktelinjen for de kryssende styringssignalene helsevesenet generelt er utsatt for. På samme måte som med kapasitetshensyn opplever våre informanter vesentlige utfordringer ved å skulle sitte med beslutningsansvar for rettighetsvurderinger som får store konsekvenser for klinikkens økonomi og styring. Dette får problematiske konsekvenser både for rettighetsvurderingene og for de prioriteringsansvarlige selv.

Funnene i undersøkelsen bekrefter Andenæs' (2003) bekymring for at delegering av rettighetsvurderinger til ikke-jurister på lavere nivåer i forvaltningen kan medføre at makt og systeminteresser får betydning framfor lovpålagte kriterier. Våre funn indikerer blant annet at systeminteresser knyttet til klinikkens kapasitet og økonomi har betydelig påvirkning på våre informanter. Andre peker også på hvordan ledelsen i eget sykehus legger klare føringer på vurderingene ved å angi forventet avslagsprosent og at det ikke skal forekomme fristbrudd. I tråd med Andenæs' (2003) argumentasjon, og til støtte for Riksrevisjonens bekymring for pasientenes rettsikkerhet, åpner den påvirkningen disse styringssignalene har for tvil om i hvilken grad lovfestede rettigheter ivaretar borgernes rettsikkerhet godt nok.

Det er lite som tyder på at det var intensjonen i NOU 1997 at de prioriteringsansvarlige skulle bli sittende i en slik posisjon. Tvert i mot er det vårt inntrykk at intensjonen var at prioriteringsvurderingene skulle være faglige, skjønnsmessige vurderinger der de beslutningsansvarlige burde kunne bli skjermet for kryssende styringssignaler. Når dette ikke viser seg å være tilfellet, slik våre informanter er klare på, får det ulike problematiske konsekvenser. Som vist over antyder våre funn at en konsekvens er en utvidelse av skjønnnet til å omfatte ikke-faglige forhold som også er å betrakte som illegitime med hensyn til lovverket. Som vi vil komme inn på nedenfor tyder mye også på at kryssende styringssignaler medfører en opplevelse av rollekonflikt mellom det å være en fagperson og kliniker på den ene siden, og det å være tilknyttet en klinikk og forvaltning på den andre, noe som igjen medfører risiko for opplevelse av betydelig ubehag og stress. Situasjonen kan i siste konsekvens bli så motsigende at den utgjør en 'psykotisk tanke', for å sitere en av våre informanter som introduserte et begrep fra fagområdet som betegnende på hans opplevelse.

Vi vil også påpeke at utfordringen med kryssende styringssignaler er anerkjent av Helse Sør Øst som en relevant utfordring med hensyn til prioriteringsvurderinger (Prosjektrapport 2005). Dette er interessant all den tid det regionale foretaket burde kunne anses å være en sentral premissleverandør med hensyn til slike styringssignaler. Nå er det likevel en forsiktig underdrivelse å hevde at økonomi også er et forhold det regionale helseforetaket har hatt fokus på de siste årene. Spørsmålet er om ikke signalene knyttet til økonomi og budsjettstyring stort sett overdøper signaler om riktig prioriteringspraksis, til tross for forsøk på å legge til rette for god praksis gjennom prioriteringsprosjektet. Det kan også være de signalene som gis ikke når helt ned til de som har ansvaret for vurderingene, på grunn av lang avstand og mange ledernivåer opp til det regionale helseforetaket. Mye tyder i hvert fall på at det blir lokal ledelse og klinikkens rammevilkår som viser seg å få størst påvirkning på vurderingene.

Det er imidlertid viktig å fremheve at det er flere eksempler på at informanter opplever at det er mulig å håndtere utfordringene med kryssende styringssignaler. Selv om hovedtendensen i funnene går i retning av at dette er et betydelig problem, viser de også at enkelte prioriteringsansvarlige innfinner seg med motsetningene og håndterer situasjonen greit. Mye tyder på at de evner å utvikle en skjønnsutøvelse de kan gå god for og akseptere som fagpersoner. Samtidig tyder også mye på at disse informantene har opplevd mindre press på rammebetingelsene som prioriteringsansvarlige, noe som gjør det enklere å se bort fra de lokale styringssignalene.

7.6 Rolleforståelse

Som det er vist i funndelen bekrefter flere informanter at de opplever at de har en funksjon som 'portvokter' for tilgang til spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern. Selv om ikke alle kjenner seg igjen i en slik rollebeskrivelse, bruker flere begrepet uten at det er introdusert av intervjuer. Dette bekrefter begrepets relevans med hensyn til prioriteringsvurderinger og støtter opp under tidligere studier av Gulbrandsen et al (2002) av legers portvokterrolle i helsetjenesten. Som vi har vist under diskusjonen av skjønnsutøvelsen, er perspektivene til

Terum og Eriksen (2000) om at personell som gjør slike faglige vurderinger må trekke veksler på forhold av ikke-faglig karakter også beskrivende for våre funn.

De klareste tendensene i funnene er likevel variasjonen og motsetningene i rolleforståelse mellom tilknytning til det å se seg selv som fagperson og kliniker på den ene siden, og prioriteringsansvarlig, ansatt på DPS og sykehus og tilknytning til arbeidskolleger på den andre. Flere informanter rapporterer en klar motsetning og opplevelse av rollekonflikt mellom disse to posisjonene, og alvorlighetsgraden av motsetningene understrekes ved de ledsagende negative subjektive opplevelsene de medfører. Informantene klargjør at dette er tidvis meget krevende og belastende, og for enkelte fører det til en opplevelse av meningsløshet. Noen vurderer i siste instans å trekke seg ut av arbeidet.

I lys av sosial identitetsteori og helsepersonells tilknytning til profesjon, fagmiljø og en tradisjonell klinikerrolle, er kanskje ikke de betydelige motsetningene intervjuene avdekker så overraskende. Helsepersonell, og kanskje spesielt klinikere med lang erfaring, er grunnleggende motivert for å hjelpe, lindre og trøste (Ethiske regler for leger, 2002). De er mindre motivert for, eller har mindre erfaring med, å vurdere hvem som har rett til å motta behandling, og ikke minst plukke ut de som ikke skal få rett til behandling. Med hensyn til resonneringsform er dette sammenfallende med Molvens (2006) klargjøring av skillet mellom en formålsrasjonell tilnærming til pasientbehandling i motsetning til det å vurdere normrasjonelt ut i fra reglene i lovverket. Men motsetningene virker å stikke dypere enn kun å angå resonneringsform. Funnene tyder på at motsetningene omfatter et brudd på helt grunnleggende motiver hos de prioriteringsansvarlige som en del av deres identitet som klinikere. For enkelte er denne rollen så godt integrert i deres identitet at de sier at de ved å prioritere føler seg strengere enn de er 'som person'. Det er derfor grunn til å tro at styrken i de negative opplevelsene informantene rapporterer, har sammenheng med nettopp denne opplevelsen av at vurderingene de må gjøre bryter med deres identitet som kliniker og helsepersonell, og at denne er en viktig del av deres totale selvopplevelse.

På den annen side viser nettopp variasjonen og motsetningene i funnene at flere også har en klar tilknytning til sin arbeidsplass, sitt lokale DPS og sykehus, sine kolleger og klinikkens økonomi og omdømme. Dette fremkommer gjennom at de tar hensyn til føringer og press fra lokal ledelse om kapasitetshensyn og det å unngå fristbrudd, og at de er opptatt av sine kollegers arbeidsbelastning. De viser også hvordan dette får konsekvenser for resultatet av vurderingene. Denne rollen er ekstra tydelig for de som har et formelt administrativt og økonomisk ansvar i tillegg til det faglige. Slik vi tolker våre funn mener vi å finne indirekte indikasjoner på en rolleforståelse for helsepersonellet som likner et 'homo economicus' slik Lian & Røttingen (2000) tegner et bilde av i sin drøfting. Ut i fra en slik rolle må helsepersonellet ta økonomiske hensyn i tillegg til de faglige. Det er også interessant å se de utfordringene informantene målbærer i denne rolleutformingen i lys av kommentarene til tidligere finansminister Foss om de prioriteringsansvarliges dobbeltrolle. Mye tyder på at de politiske motsetningene og kontroversene mellom fag, rettigheter og økonomi avspeiles i helsepersonellens rollekonflikt når de tar ansvar som prioriteringsansvarlige.

Det er videre viktig å se på mønsteret i variasjonene mellom de to posisjonene som beskrives her, sammen med beskrivelsene av variasjonene i rammebetingelsene. Selv om dette i noe mindre grad er direkte berørt av informantene, foreligger det klare tegn til at motsetningene, og ikke minst konfliktnivået, mellom de to rolleopplevelsene, henger sammen med variasjoner i rammebetingelsene. Mye tyder i den sammenheng på at resultatet av vurderingene blir tilpasset rammebetingelsene. Når de prioriteringsansvarlige opplever at det er press på kapasitet og at klinikken har begrensede ressurser i forhold til innsøkning, brukes tolkningsrommet som reglene åpner for til å begrunne avslag og lengre frister. De prioriteringsansvarlige ikler seg i en slik situasjon en rolle som kollega og ansatt på DPS, og søker å ivareta andre hensyn enn rettighetene til pasientene. Når klinikken på den annen side har gode rammebetingelser og mindre press på kapasitet, er det enklere for de samme personene å ivareta en grunnleggende faglige identitet som kliniker og helsepersonell. Mye tyder imidlertid på at å veksle mellom to såpass ulike posisjoner er en krevende øvelse forbundet med betydelig risiko for flere enn de prioriteringsansvarlige.

7.7 Fare for tillitsbrudd

Tendensene i våre funn sett under ett har gitt et innsyn i skjønnsutøvelsen i prioriteringsbeslutninger og gir et grunnlag for å videreutvikle et prioriteringsskjønn i psykisk helsevern. Vi har også avdekket indikasjoner på en positiv holdning til prioriteringer i helsevesenet generelt, og mange spesialister tar prioriteringsansvar ved å ta på seg denne viktige oppgaven for sine DPS. Likevel er det mange sider ved funnene som gir grunn til alvorlig bekymring med hensyn til flere forhold som har betydning for prioriteringsvurderinger i psykisk helsevern. Vi har over vist til hvordan de prioriteringsansvarlige utøver skjønn i prioriteringsvurderinger, hvilke faktorer som blir vektlagt, hvordan de blir utsatt for kryssende styringssignaler og hvordan dette varierer sammen med deres opplevelse av rolleforståelse. Samtidig gir informantenes ledsagende subjektive opplevelser en advarsel om at mange av de forholdene beskrevet over gir de prioriteringsansvarlige store utfordringer. Flere informanter gir uttrykk for betydelig frustrasjon, oppgitthet og opplevelse av meningsløshet, og enkelte vurderer å trekke seg ut av dette ansvaret fordi de opplever det som uforenlig med deres grunnsyn som fagperson og menneske. Dette samsvarer med hovedinntrykket fra prioriteringsseminaret.

For det første har vi vist over hvordan ansvaret helsepersonell påtar seg ved å fatte prioriteringsbeslutninger medfører en opplevelse av kryssende styringssignaler. Det fremkommer til dels uforenlige motsetninger mellom fag og pasienthensyn på den ene siden, og ledelse, kapasitet og økonomi på den andre. Vi har vist hvordan dette resulterer i en opplevelse av en intern rollekonflikt hos personellet mellom det å være kliniker og fagperson, og samtidig være prioriteringsansvarlig og portvakt for helsetjenestene. Samlet er vi bekymret for at dette fører til en personlig opplevelse av tillitsbrudd med hensyn til egen faglige og kliniske identitet. Dette kan oppstå hvis de prioriteringsansvarlige over tid opplever at ytterpunktene for deres faglige integritet strekkes så langt at man går på akkord med egne verdier, noe som i siste instans kan føre til at flere ikke påtar seg prioriteringsansvar. Det foreligger med andre ord en fare for at det kan bli vanskelig for å få klinikere til å påta seg prioriteringsansvar hvis helsepersonells interne rollekonflikt som prioriteringsansvarlig blir en så stor kilde til stress og ubehag at den oppleves uhåndterlig.

For det andre er vi bekymret for at kryssende styringssignaler mellom lovverk og regler på den ene siden, og opplevd lokale krav om kapasitetshensyn og økonomi på den andre, kan føre til et tillitsbrudd mellom de prioriteringsansvarlige og ledelse på DPS, sykehusledelsen og det regionale foretaket. Det er i den forbindelse grunn til å påpeke at fagpersoner i psykisk helsevern er vant med å forholde seg til komplekse og sammensatte vurderinger der mange forhold må veies opp mot hverandre. Likevel kan kryssende styringssignaler fra ulike instanser over tid utgjøre en uholdbar situasjon fordi det gjør at det prioriteringsansvarlige opplever at de må forsvare faglige vurderinger opp mot forhold mange opplever som illegitime. Vår undersøkelse viser at dette er et vanskelig og belastende krysspress å stå i. Dette medfører igjen bekymring fordi det kan medføre et tillitsbrudd mellom fagpersoner og lokal ledelse. Konsekvensen kan nok en gang bli at færre vil ta på seg denne viktige oppgaven.

For det tredje er det grunn til bekymring for et tillitsbrudd mellom fagpersoner og portvoktere på den ene siden, og lovverket og tilhørende veiledere på den andre. Undersøkelsen har vist at fagpersonene har en positiv holdning til å prioritere generelt, og mye tyder på fagpersonene har tillit til prioriteringsreglene og lovverket. Likevel tyder mye også på at det foreligger mange utfordringer med implementering av reglene i eget fagområde som veilederen i liten grad kompensere for. Samlet sett er dette sårbart fordi det kan resultere i at fagfolk mister troen på at reglene er fornuftig formulert og mulig å implementere for deres fagområde og pasientgruppe. I verste fall mister fagpersonene troen på at lovverket kan gi en god og rettferdig fordeling av helsetjenester til det beste for pasientene. For å virke etter hensikten er lovgivningen og regelverket helt avhengig av legitimitet i fagmiljøet og de som skal forvalte det. Mangel på tillit til regelverket er derfor kritisk.

For det fjerde gir funnene fra undersøkelsen grunnlag for en bekymring for at det kan oppstå et tillitsbrudd mellom fagpersoner og fagområdet på den ene siden, og pasienter som henvises til helsehjelp i psykisk helsevern på den andre. Vi har innledningsvis referert til hvordan Lian og Røttingen (2000) og Gulbrandsen et al (2002) drøfter risikoen for tillitsbrudd mellom lege og pasient når legen får for mange oppgaver og roller der de skal ivareta andre hensyn enn de

kliniske og faglige. Dersom pasienter over tid opplever at deres rettsikkerhet ikke ivaretas av gode, faglige vurderinger basert på vekting av legitime hensyn, kan dette medføre at de mister tillit til helsepersonellens evne til å fatte gode prioriteringsbeslutninger spesielt, men også andre faglige beslutninger utover rettighetsvurderinger. Et liknende tillitsbrudd kan finne sted dersom et DPS og de tilhørende spesialistene over tid utøver en prioriteringspraksis som medfører at pasientene opplever at de ikke kan stole på at de vurderingene som gjøres er fundert på de reglene og kriteriene lovgiverne har fastsatt. I tillegg til å svekke tilliten til fagfolkene er det risiko for at pasienten mister tilliten til det fagområdet de trenger helsehjelp fra, og det lokale DPS de har tilknytning til. Det foreligger allerede tegn til utvikling av en slik mistillit gjennom fastlegenes svar på undersøkelsen til Riksrevisjonen. Et slikt tillitsbrudd mellom helsepersonell og fagområde på den ene siden, og deres målgruppe på den andre, er spesielt sårbart i psykisk helsevern siden tillit er en grunnleggende forutsetning for å oppnå gode resultater i behandlingen.

Til slutt, og kanskje aller viktigst, er vi på grunnlag av vår undersøkelse bekymret for et tillitsbrudd mellom politikere og myndighetene på den ene siden, og befolkningen og de som har behov for helsetjenester, på den andre. Som vi har vist til innledningsvis er det sterk tverrpolitisk enighet i norsk politikk om rettferdig fordeling av helsetjenester basert på klare og åpne prioriteringsregler. Dette fremgår av regjeringens Nasjonale helseplan (2007-2010), og er grunnlaget for kriteriene for prioriteringsdokumentene NOU 1987 og 1997.

Helsetjenester er viktig for folk. Det er derfor viktig at det er tillit mellom befolkningen som trenger helsetjenester og politikere og styrende myndigheter som på vegne av befolkningen er satt til å forvalte felles ressurser gjennom organisering, lovgivning og budsjett. Lover og regler er bestemt av de folkevalgte for å fastsette rettigheter for de som trenger helsetjenester. Det vil kunne medføre et grunnleggende tillitsbrudd hvis de grunnleggende reglene for dette ikke følges opp av de som er satt til å forvalte dem. I siste instans vil mangel på rettsikkerhet innenfor helsetjenesten, slik Riksrevisjonen også er bekymret for, medføre at befolkningen søker andre løsninger på sine behov for helsetjenester. Dette vil på sikt kunne undergrave den offentlige helsetjenesten.

Vi mener det likevel er gode muligheter for unngå de tillitsbruddene som er skissert over. I tillegg til å vise hvilke bekymringer som foreligger, gir funnene i vår undersøkelse også indikasjoner på hvilke tiltak som bør vurderes for å styrke prioriteringsreglene og

forvaltningen av dem i psykisk helsevern. Vi vil for det første peke på muligheten til å utvikle et prioriteringsskjønn som oppleves som bedre tilpasset fagområdet. Dette bør være etablert i en tydeligere konsensus blant de prioriteringsansvarlige enn det som er tilfellet i dag. Her tror vi mange av erfaringene fra Helse Sør Østs Prioriteringsprosjekt kan være verdifulle på grunn av det brede rekrutteringsgrunnlaget og de gode muligheten for frie diskusjoner underveis. For det andre er det helt nødvendig at de prioriteringsansvarlige gis god anledning og tid til evaluering og drøfting av sitt prioriteringsskjønn slik Bærøe (2005) anbefaler for godt skjønn generelt. Evalueringen bør også omfatte sammenlikning og drøfting av ulike kasus med andre prioriteringsinstanser. For det tredje er det også å anbefale at det fokuseres på utvikling av rollen som prioriteringsansvarlig. Dette bør inkludere kjennskap og varsomhet overfor egen rolleutforming, mulige etiske betraktninger, aktuelle kryssende styringssignaler og risiko for at ekstralegale og illegale faktorer får betydning. Funnene målbærer dessuten klar oppfordring til lokal ledelse og helseforetakene om å bidra til at rammebetingelsene gir et godt rom for gode, faglige prioriteringsvurderinger. Dette må medføre at rammebetingelse i større grad beskytter de prioriteringsansvarlige mot kryssende styringssignaler og direkte og indirekte krav om å vektlegge illegitime faktorer.

7.8 Metodiske betraktninger og begrensninger

Vår undersøkelse er basert på en kvalitativ tilnærming til temaet. Metoden er valgt for å komme i dybden på fenomenet og avdekke viktige sammenhenger og variasjoner i funnene. Som vi har vært inne på tidligere, egner funnene seg ikke til å generalisere til hel populasjon av spesialister med samme prioriteringsansvar som våre informanter. Vi kan i beste fall antyde mulige tendenser som senere må undersøkes nærmere med mer representative studier. Vi har også et begrenset geografisk utvalg av informanter i vår studie, og det er sannsynlig at en del av problemstillingene vi finner er mest typiske for prioriteringsansvarlige i Oslo og Akershus. I andre opptaksområder kan det være andre utfordringer som preger spesialistenes erfaringer. På den annen side sammenfaller mange av våre funn med hovedtendensene i observasjoner fra seminaret der et betydelig antall prioriteringsansvarlige fra DPS i hele Helse Sør Øst deltok. Siden deltagelsen omfattet såpass mange spesialister fra det regionale

helseforetaket vil observasjonene herfra danne et mer representativt referansegrunnlag som den mindre generaliserbare informasjonen fra dybdeintervjuene kan sammenstilles med. Flere av våre funn viser også samme tendens som de tidligere undersøkelsene til Riksrevisjonen, Helsetilsynet og det omtalte forskningsprosjektet (Holman, 2011). Samlet sett styrker dette det empiriske grunnlaget for hovedtrekkene i vår undersøkelse.

Våre informanter må betraktes som ekspertinformanter og vi forventet at de er vant til å framstille sin versjon og forholde seg til en vekting av ulike sider, spesielt med hensyn til kontroversielle spørsmål. Dette kan ha hatt betydning for svarene, men da ved at det har gitt oss begrenset tilgang på informasjon om kontroversiell og avslørende forhold. Allikevel vurderer vi det som mindre sannsynlig at dette har preget funnene, siden mange oppga åpenbart kontroversiell informasjon, inkludert informasjon om vurderinger som systematisk bryter loven.

Funnene er i stor grad i overenstemmelse med vår forforståelse og observasjonene fra forstudiet. Dette reiser en annen problemstilling. Forfatterne er også å regne som eksperter på temaet på samme måte som informantene, og vi må forvente at vi betraktes som eksperter også av dem. Dette kan legge føringer på informantenes svar i intervjuet ved at vi oppleves som ledende med hensyn til de problemstillingene som reises. Vår forforståelse kan slik sett ha fått stor innvirkning på funnene i intervjuene. Vi har videre brukt informasjon og spørsmål fra prioriteringsseminaret som grunnlag for utvikling av intervjumalen. Sammen med vår forforståelse er det derfor en risiko for at det etableres en viss sirkularitet med hensyn til hva vi ser etter og finner i intervjuene.

Er det slik at våre funn generaliseres til andre fagområder? På den ene siden mener vi at funnene danner grunnlag for analytisk generaliserbarhet til andre fagområder som har liknende utfordringer med hensyn til prioriteringsbeslutninger, utøvelse av skjønn og vekting av ulike faktorer som berører grensene for lovverket. Vi tror det er sannsynlig at man kan forvente å finne mange av de samme problemstillingene som er tilfellet i vår undersøkelse. Og kanskje er det slik våre informanter hevder, at det er en sterkere tendens til å favorisere

eget fagområde i somatikken og at man derfor lar være å prioritere i det hele tatt? På den annen side kan det være at spesielt somatiske fagområder forholder seg til langt mer konkrete tilstander og at noen av problemstillingene er mindre aktuelle. På grunnlag av informasjonen fra våre informanter bør disse og flere andre forskningsspørsmål undersøkes nærmere.

7.9 Oppsummering og konklusjon

Vår undersøkelse har vist at til tross for at spesialistene vi har intervjuet i utgangspunktet fremstår som generelt positive til prioriteringer, fremstår prioriteringsvurderinger til psykisk helsevern som utfordrende. På grunn av vesentlige begrensninger ved henvisningene og tidspress under vurderingene, blir skjønnet som utøves påvirket. Vi finner en klar tendens til at skjønnet er bredere anlagt enn veilederen legger opp til, spesielt med hensyn til pasientens kontekst og lokale forhold. Prioriteringsskjønn introduseres som mulig begrep for å favne denne særegne formen for skjønnsutøvelse prioriteringsvurderinger utgjør.

Mye tyder på at skjønnet kan strekkes i lengste laget i forhold til hva som aksepteres i lovverket. Funnene avdekker at det tas hensyn til flere ekstralegale faktorer, og spesielt kapasitetshensyn fremheves. Det vises videre til hvordan variasjon i informantenes rolleforståelse og hvordan de opplever kryssende styringssignaler får konsekvenser for vurderingene. Over tid ser vi en fare for tillitsbrudd mellom de ulike aktørene, og spesielt bekymringsfullt er faren for tillitsbrudd mellom befolkningen og myndighetens målsetting og rettferdig fordeling av helsetjenester. For å imøtekomme denne bekymringen presenteres det forslag til forbedringer i gjennomføringen av prioriteringsarbeidet som vektlegger at de prioriteringsansvarlige bør skjermes fra de sentrale kontroversene mellom økonomi, jus og fag som preger lovforarbeidene.

Vi er opptatt av at videre forskning bør undersøke nærmere holdninger til prioriteringer generelt, både i spesialisthelsetjenesten og i allmennhelsetjenesten, gjennom mer representative undersøkelser. Vi mener også det er viktig å undersøke prioriteringsvurderinger

i andre fagområder i spesialisthelsetjenesten, for eksempel tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) og somatiske fagområder. Vi mener også det er viktig å se nærmere på prioriteringsskjønn som en egen form for skjønnsutøvelse, for eksempel ved observasjonsstudier av reelle prioriteringsvurderinger.

Litteraturliste

Andenæs, K. (2003) Sosialloven. Kap. 3: Sosialrett (Red: Andenæs K., Molven O., Rasmussen Ø., Sandeberg, W og Warberg, L., (2003) 6. Utgave, Universitetsforlaget, Oslo.

Andersen, S.S. (2006) Aktiv informantintervjuing. I: *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 22, 278-298

Berøe, K. (2005) Klinisk Skjønn og Prioriteringer. I: *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 8, 2, 90-99.

Davies, K.C. (1969) *Discretionary Justice. A preliminary Inquiry*. Baton Rouge: Louisiana State University Press.

Eckhoff, T. og Graver, H.P. (1991) *Regelstyring av lokale forvaltningsvedtak. Praktisering av bygningsloven*. Oslo: Tano.

Eriksen, E.O. og Terum, L.I. (2000) *Frontlinjebyråkratene og det teknokratiske mistak*. Los-senter.

Fossestøl, K. (2005) ”Regler og skjønn i norsk forvaltnings- og velferdsforskning”. En kritisk analyse av regler og skjønn i norsk forvaltnings- og velferdsforskning. *NIBR-rapport 106:2005*.

Førde, R. (2004) ”Prioriteringsetikk og prioriteringer er ikkje eld og vatn”. I: *Tidsskr Nor Lægeforen*, 124,958-9.

Guldbrandsen, P., Førde, R., Aasland, O.A. (2002) ”Hvordan har legen det som portvokter”. I: *Tidsskr Nor Lægeforen*, 122, 1874-91.

Guldvog, B. (1997) ”Meningsløse ventetidsgarantier”. I: *Tidsskr Nor Lægeforen*, 117, 329.

Holm, S. (1998) ”The second phase of priority setting. Goodbye to the simple solutions: The second phase of priority setting in health care”. I: *British Medical Journal*, 317 (7164), 1000-2.

Holman, P.A. (2011) *Prioriteringer av henvisninger til DPS. Innlegg på prioriteringsseminar*. Holmen 16-17 februar 2011 Helse Sør Øst.

Husom, N. (2000) ”Prioritering. Politisk likhetsideal gir medisinsk ubehag”. I: *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120, 3080-1.

Kjønstad, A., Syse, A. (2008) *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang*. 4. Utgave. Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, M. & Piene, H. (1997). ”Ventetidsgarantiordningen. Variasjon i andel som får ventetidsgaranti”. *Tidsskr Nor Lægefor*, 117, 1997.

Kvale, S. & Brinckmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal.

Lian, O.S., Kristiansen, I.S. (1998) ”Ventetidsgarantien mellom medisin og byråkrati”. I: *Tidsskr Nor Lægeforen*, 118, 3921-8.

Lian, O.S. og Røttingen, J. (2002) ”Legen-homo economicus eller homo sociologicus?”. I: *Tidsskr Nor Lægeforen*, 122, 1682-5.

Lipsky, M. (1980) *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Sage Foundation.

Molven, O. (2006) *Helse og jus. En innføring for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Piene, H. (1998). ”Ventetids- og behandlingsgarantier – en mur av uvilje?” *Tidsskr Nor Lægeforen*, 25, 1998.

Syse, A. (2009) *Pasientrettighetsloven*. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Syse, A. (2011). *Prioriteringsveilederen som rettskilde ved fastlegging av rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten*. Innlegg, Helserettskonferanse, Lillehammer mars 2011.

Tajfel, H. & Turner, J.C. (1986) The social identity theory of intergroup behaviour. In S. Worchel & W.G. Austin (red). *Psychology of intergroup relations* (pp 7-24). Chicago, Nelson Hall.

Terum L.I. (2003). Portvakt i velferdsstaten. Om skjønn og beslutninger i sosialsaker. Oslo: Kommuneforlaget.

Tversky, A. & Kahnemann, D. (1973) Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, Vol. 4: 207-232.

Wyller, V.B. (1999). Gi legen hva legene er. I: *Tidsskr Nor Lægeforen*, 119: s

Åbyholm, G., Riise, G., Melsom, M.N., Piene, H. og Gulbrandsen, I. (1997)”
Ventetidsgarantien og garantibrudd”. I: *Tidsskr Nor Lægeforen*, 117,366-8.

Offentlige dokumenter:

Forskrift av 25. juli 1990 om ventelisteregistre og prioritering av pasienter

Forskrift av 27. juni 1997 nr 654 om ventetidsgaranti.

FOR 2000-12-01 nr 1208: *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)*

Helsedirektoratet (2008) : *Psykisk helsevern for voksne- prioriteringsveileder: veiledertabell*

Helse Øst RHF og Sosial-og helsedirektoratet (2006). *Prosjektrapport Rett Prioritering i HSØ*

Høringsnotat 22.08 1997 : *Lov om pasientrettigheter*. Oslo. Helse og omsorgsdepartementet

.

Innstilling O nr 91(1998-99) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter(pasientrettighetsloven)*

Innst. O. nr. 23 (2003-2004) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.*

Innstilling S nr. 165 (1994-95) *Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.*

LOV 1999-07-02 nr 63: *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

LOV-2003-12-12-110 *Lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 1987:23. *Retningslinjer for prioriteringer i norsk helsetjeneste.*

NOU 1992:8 *Lov om pasientrettigheter*

NOU 1997:18. *Prioritering på ny*

Ot.prp.nr 12 (1998-1999) *Lov om pasientrettigheter.*

Ot.prp. nr 63(2002-2003) *Om endringer i lov 02.juli 1999 nr 93 lov om pasientrettigheter.*

Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetjenesta sitt tilbud til voksne med psykiske problem. Dokument nr. 3:5 (2008-2009).

St.meld. nr. 50 (1993-94) *Samarbeid og styring.*

St.meld. nr. 44 (1995-96) *Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering.* St.meld. Nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet.*

St.prp. nr.63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.*

St.prp. nr 1 (2006-2007) kapittel 6. *Nasjonal helseplan 2007-2010*

Nettsteder:

Stortinget 24.februar 2009. *Open høyring i kontroll og konstitusjonskomiteen tysdag den 24. februar 2009.* <http://www.stortinget.no>

Stortinget. 28.mai Sak nr. 4 *Innstilling frå kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkning av spesialisthelsetenesta sitt tilbud til voksne med psykiske problem.* <http://www.stortinget.no>

Vedlegg

Observasjonstudie på seminar om 'rett prioritering'. Arrangert av Helse Sør-Øst (HSØ). Holmen fjordhotell, 15 og 16. Februar 2011.

Arbeidsseminaret var arrangert av Helse Sør Østs prioriteringsprosjekt som en del av deres arbeid for å oppnå mer enhetlig tolkning og anvendelse av prioriteringsforskriften i psykisk helsevern. Den overordnede målsettingen for prioriteringsprosjektet er at *"..enkelpasienter skal prioriteres i tråd med fagfeltets anbefalinger og praksis. Like tilfeller bør prioriteres likt"*(sitat fra seminarinvitasjonen s. 1).

Deltagerne på seminaret var over 50 prioriteringsansvarlige spesialister i psykiatri og psykologi på Distriktpsikiatriske Sentre (DPS) i Helse Sør Øst RHF. De fleste hadde ukentlig ansvar for rettighetsvurderinger i det DPS de representerte.

Som en viktig del av forarbeidet til intervjuundersøkelsen deltok vi på dette seminaret for å danne oss et inntrykk av hvordan vurderingene ble diskutert og gjennomført, og hente inn konkrete observasjoner fra diskusjonene. En av prosjektlederne (Aasen) deltok kun som observatør og tok notater underveis i gruppearbeidet. Den andre (Mork) deltok i vurderingsarbeidet og dannet seg et inntrykk gjennom deltagende observasjon. Vi hadde som målsetting at observasjonene kunne gi viktig informasjon til ferdigstilling av intervjumalen, samtidig som en del av materialet også kan henvises til som referansedata. Siden deltagelsen omfattet såpass mange spesialister fra det regionale helseforetaket vil observasjonene herfra danne et mer representativt referansegrunnlag som den mindre generaliserbare informasjonen fra dybdeintervjuene kan sammenstilles med.

Til sammen 35 av deltagerne hadde i forkant av seminaret rettighetsvurdert 50 henvisninger som var plukket ut av fagrevisor fra Helsedirektoratet i samarbeid med prioriteringsprosjektet. Henvisningene var reelle saker hentet fra ulike DPS de siste årene. Halvparten av deltagerne skulle vurdere henvisningene ved hjelp av et skåringssystem med skalering av kriteriene i prioriteringsforskriften, mens den andre halvparten skulle vurdere rett/ikke rett til nødvendig helsehjelp, og evt. fastsette frist for oppstart av behandling, på vanlig måte.

Resultatene av vurderingene ble presentert av prosjektleder Per Arne Holman. De viste at det var stor variasjon i både vurderinger av rettighet eller ikke, og fristfastsettelse. Resultatene fra analysene er gjengitt i oppgavetekstens innledningskapittel.

I seminaret ble deltagerne ble delt inn i 4 grupper på om lag 11-12 personer for å drøfte 13 utvalgte enkeltsaker, og på nytt vurdere rettighetsstatus og evt. frist for oppstart av behandling. Til slutt ble resultatene fra dette gruppearbeidet drøftet i plenum.

Nedenfor gjengis sitater fra gruppe- og plenumsgjennomgangen i kursiv. De er tematisk gruppert.

Sitat fra observasjonene:	Sentralt tema og opplevelse
<i>Det blir mange spekulative vurderinger.</i>	Skjønn
<i>Dette er vanskelig.. (gjentatt mange ganger av flere personer).</i>	Vanskelige vurderinger
<i>Kapasitet er relevant for hvordan vurderingene blir gjort</i>	Ekstralegal faktor vektlagt i vurderingen
<i>Vår virkelighet er annerledes enn det som er konstruert i disse eksemplene: Hvis vi gir for mange rettigheter får vi problemer med økonomien og kapasitet.</i>	

<p><i>Det er vanskelig å vurdere kulturelle faktorer. Mine erfaringer med hvor vanskelig det kan være å behandle pasienter fra en annen kultur farger mine rettighetsvurderinger av henvisninger på samme gruppe.</i></p> <p><i>Egne erfaringer som kliniker brukes aktivt i vurderingsarbeidet.</i></p> <p><i>Et traume kan være mye forskjellig. Ikke lett å vurdere alvorlighetsgrad og nytte.</i></p> <p><i>Vi var veldig uenige om samtlige kriterier i forskriften i denne saken.</i></p> <p><i>Vi i inntaksteamet gir problemet videre til den enkelte behandler.</i></p> <p><i>Det er veldig billig å gi avslag, og lite og hente på å ta pasienten inn i behandling. Altså avslag.</i></p> <p><i>Vi etablerer nok lett lokale vurderingskulturer.</i></p> <p><i>Hos oss ville vi har vurdert denne som ikke rettighetspasient.</i></p> <p><i>På vårt DPS ville vi vanligvis ha gitt avslag på denne type saker.</i></p> <p><i>Vår lokale kontekst er annerledes: Her i denne kunstige settingen trenger vi ikke tenke på kapasitet – men slik er det ikke i det daglige prioriteringsarbeidet.</i></p>	<p>Ekstralegal faktor vektlagt i vurderingen</p> <p>Lokal 'tommelfingerregel'</p> <p>Klinisk skjønn</p> <p>Skjønn</p> <p>Variasjon i vurderingene</p> <p>Ytre faktor som vektlegges</p> <p>Forvaltningsskjønn</p> <p>Lokalt skjønn</p>
---	--

*Vurderingen av nytte er også sett i forhold
behandlingstilbudet på vårt DPS.*

Hos oss (DPS) ville vi satt en lengre frist på denne saken.

*Det er mye press på behandlersituasjonen og kapasitet: Det
er et mareritt å fordele saker. Man må ta hensyn til
virkeligheten.*

*Denne vurderingen er ubehagelig: Det er lett å sette seg inn i
pasientens lidelse.*

*Er dette er forsømt krigsveteran eller en ustabil amfetamin-
freaker? Skal vi ta hensyn til voldsrisiko? Skal vi kompensere
for forswarets mangler i oppfølgingen?*

*Det er uklart hvilke henvisninger som faktisk skal
rettighetsvurderes. Gjelder det interne henvisninger fra
akuttavd.? Henvisninger fra avtalespesialister? Pasienter
som allerede er vurdert i andre deler av
spesialisthelsetjenesten?*

*Hvis vi skal ta hensyn til rimelige kostnader - hva skal man
sammenlikne med? Kostnader for andre pasienter? Og
hvilke kostnader?*

*Pasienten forstår ofte ikke innholdet i brevene som sendes ut
når vi følger eksemplene til Hdir. Vanskelige begreper som
'rett til nødvendig helsehjelp' er gresk for mange. De vil vel
bare vite når og hvor de kan få hjelp..*

Lokal vurderingskultur

Regler vs. 'virkeligheten'

Lokale forhold vektlegges

Lokal vurderingskultur

Skjønn og ekstralegale faktorer

Ubehagelig vurdering/klinisk perspektiv

Klinisk skjønn

Uklare regler

<p><i>En ortoped ser ofte bare et kne – vi skal inngå i en relasjon – det er langt mer komplisert.</i></p>	<p>Kost-nytte kriteriet vanskelig</p> <p>Juridisk språkbruk forvirrende</p> <p>Psykiske lidelsers egenart</p>
--	---

Sitat fra observasjonene:	Sentralt tema og opplevelse
<p><i>Konteksten har betydning for tilstanden og nytte av hjelpen. For eksempel vil akuttberedskapen i kommunen ha betydningen for nytten av traumebehandling.</i></p> <p><i>Kontekstuelle forhold har stor betydning.</i></p>	<p>Om kontekstuelle forhold som vektlegges</p> <p>Konteksten</p>

<p><i>Konteksten påvirker nyttekriteriet: Det er ikke enkelt å behandle noen med en dissosiativ tilstand om ikke har bolig.</i></p>	Konteksten
<p><i>Vi har gitt avslag pga ikke fast bosted – fordi nytten blir lav selv om alvorlighetsgraden kan være høy.</i></p>	Konteksten
<p><i>Vi vurderer motivasjon for behandling også – det må vi.</i></p>	Pasientens motivasjon
<p><i>Her er det lav nytte pga mangler i 1. Linje – og det kan vi ikke gjøre noe med.</i></p>	Konteksten/ avgrensning 1. Linje vs spesialisthelsetj.
<p><i>Lokale forhold er forskjellige – derfor blir vurderingene forskjellige. Virkeligheten er så nyansert at vi må bruke skjønn.</i></p>	Skjønn og lokal kontekst
<p><i>Vi tar imot henvisninger på pasienter som må gå i behandling fordi det er påkrevd av NAV for trygdeytelser.</i></p>	Økonomisk kontekst
<p><i>Det er umulig å vurdere henvisningene uten å ta hensyn til kontekstuelle forhold.</i></p>	Kontekst
<p><i>Det er uklart om vi skal vektlegge tidligere behandlingsforsøk. Kan det være en indikasjon på lav nytte?</i></p>	Tidligere behandling og nytte
<p><i>Kan liten tro på etablering av behandlingsallianse indikere lav nytte?</i></p>	
<p><i>Hvor mye av alvorligheten er knyttet til personens kontekst og sosiale situasjon? Vi tolker og vurderer pasientens kontekst. Det må vi gjøre, spesielt i områder med mer fattigdom og sosiale problemer.</i></p>	

<p><i>Hvis vi hadde vurdert nytten på grunnlag av konteksten kunne vi halvert ventelisten på vårt DPS.</i></p>	Nytte
	Kontekst
	Nytte og kontekst

Sitat fra observasjonene:	Sentralt tema og opplevelse
<p><i>Det er ikke noe problem å velge ut noen kasus som problematiserer forskriften – for det gjelder <u>alle</u>.</i></p> <p><i>Hva er egentlig nødvendig helsehjelp? Vanskelig å si..</i></p> <p><i>Dette er vanskelig og veilederen gir lite hjelp i den enkelte sak. Kasusene i veilederen er en ting - vår virkelighet er noe annet. Pasientene vi vurderer likner aldri på de som beskrives i veilederen</i></p> <p><i>Veilederne gir lite hjelp mtp alvorlighetskriteriet sett i forhold til nyttekriteriet: De står ofte omvendt proposjonalt i forhold til hverandre: Høy alvorlighet gir lav nytte og</i></p>	<p>Om forskriften og prioriteringsveilederen</p> <p>Om forskriften og prioriteringsveilederen</p> <p>Fra det generelle til det spesielle</p>

<p><i>omvendt.</i></p> <p><i>Alder vektlegges hos oss – men det er uklart om det er riktig jf. veilederen. Det er tydeliggjort i lovverket at de under 23 i hvert fall skal prioriteres.</i></p> <p><i>Er det akseptabel å legge vekt på tidligere journal som innhenting av supplerende info. om pasienten?</i></p> <p><i>Vi må vurdere kostnadseffektivitet og se på hva som hjelper hvem.</i></p> <p><i>Det er stor forskjell på idealer og virkelighet</i></p> <p><i>Veilederen mangler kriterier på PTSD og personlighetsforstyrrelser. Dette er store pasientgrupper.</i></p> <p><i>Veilederen gir lite hjelp mht vurderinger av alvorlighetsgrad av personer i en kontekst. For eksempel en ung person som er i ferd med å falle ut av skole/arbeid pga en mindre alv. tilstand.</i></p> <p><i>Veilederen har for lite fokus på tap av funksjonsnivå.</i></p> <p><i>Funksjonsnivå kan ikke vurderes uavhengig av kontekst.</i></p> <p><i>Veilederen er diagnosebasert – men det er sjelden mulig å diagnostisere på grunnlag av en henvisning. Ofte tar det lang tid.</i></p>	<p>Om forskriften og prioriteringsveilederen</p> <p>Faktor i vurderingene</p> <p>Faktor i vurderingene</p> <p>Kost-nytte</p> <p>Regler fjernt fra virkeligheten</p> <p>Om forskriften og prioriteringsveilederen</p> <p>Om forskriften og prioriteringsveilederen og konteksten</p> <p>Om forskriften og prioriteringsveilederen</p>
--	--

Veilederen er dårlig tilpasset 'real life'.

Det blir krasj mellom jus og fag – og det gir en del problematiske konsekvenser.

Veilederen har forvirrende språkbruk – både for pasientene og klinikerne.

Veilederen er preget av et faglig 'bias' – for mye vektlegging av kognitiv terapi. Lite dynamisk fokus i behandling.

Veilederen gir ofte anbefalinger ut i fra tilstander, men henvisningene gir ofte info. om veldig mye annet

Ligger det utenfor jussen å legge vekt på 'andre forhold'?

Om forskriften og prioriteringsveilederen

Om forskriften og prioriteringsveilederen

Om forskriften og prioriteringsveilederen

Jus og fag

Om forskriften og prioriteringsveilederen

Om forskriften og prioriteringsveilederen

Om forskriften og prioriteringsveilederen

Konteksten

Sitat fra observasjonene:	Sentralt tema og opplevelse
<i>Jeg tolker fastlegens føring av penn – noen ganger ser jeg at de 'selger' en pasient</i>	Om skjønn og tolkning av henvisningene
<i>Jeg kjenner fastlegene i vår sektor og må ta hensyn til dette i vurderingene av henvisningene. Jeg 'leser mellom linjene'.</i>	Om skjønn og tolkning av henvisningene
<i>Henvisningene må tolkes: Kanskje legen ikke klarer å formulere dette godt nok og så går det ut over pasienten som ikke får hjelp?</i>	Om skjønn og tolkning av henvisningene
<i>En depresjon og MADRS på 42 kan være så mangt. Alle henvisningene må tolkes.</i>	Klinisk skjønn og tolkning av henvisningene
<i>Henvisningene må tolkes.</i>	Tolkning av henvisningene
<i>Her leser jeg ikke at det er snakk om ekte selvmordsfare – kun angst. Det blir avslag.</i>	Klinisk skjønn og tolkning av henvisningene
<i>Tvangslidelse kan også være et symptom på noe mer alvorlig.</i>	Klinisk skjønn og tolkning av henvisningene
<i>Hvem har ansvaret hvis det skjer noe etter avslag?</i>	Klinisk skjønn og tolkning av henvisningene
<i>Det er alltid mangelfullt med info.</i>	Ansvars plassering
<i>Det er vanskelig – nesten umulig – å vurdere grad av</i>	

<p><i>selvmordsfare på grunnlag av en henvisning.</i></p> <p><i>Vi tolker fastlegens henvisning som er en tolkning av pasientens symptomer. Det gir mange feilkilder og rom for å påvirke vurderingen i ulike retninger.</i></p>	<p>Mangelfulle henvisninger</p> <p>Klinisk skjønn og tolkning av henvisningene</p> <p>Skjønn og tolkning av henvisningene</p>
--	---

Vedlegg 2

Semistrukturert intervju for prosjektet:

En kvalitativ undersøkelse av rettighetsvurderingsprosessen i psykisk helsevern

Informanter: 8 spesialister i psykiatri og klinisk psykologi på Distriktpsykiatrisk Senter i Helse Sør Øst som har vurderingsansvar for rettighetsvurderinger av henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Varighet: ca 45 – 60 min.

Sted: På arbeidsplassen til subjektene

Når: vinter/vår/sommer 2011

Hjelpemidler: Opptak via dataprogrammet Audicity med MacBook Pro

Intervjuer: Prosjektleder

Innhold

- Kort introduksjon om undersøkelsen, prosjektet og garanti om anonymitet/konfidensialitet
- Informere om uavhengighet mht arbeidsgiver og Helse Sør Øst sitt prioriteringsprosjekt.

Innlednings spørsmål: Hvordan opplever du å være ansvarlig for rettighetsvurderinger?

Mulige oppfølgingsspørsmål om intervju personens opplevelse av vurderingsprosessen:

Opplever du spesielle utfordringer i vurderingene?

Opplever du at vurderingene er vanskelige? Enkle?

Hvordan bruker du ditt skjønn i prosessen?

Opplever du at prosessen preges av objektive vurderinger av konkret informasjon eller subjektivt skjønn? Begge deler?

Ser du noen motsetninger mellom en helsefaglig/medisinsk vurdering vs. juridisk/forvaltningsmessige vurderinger?

Tenker du at andre ville vurdert slik som deg/dere?

Hvordan opplever du lovverk og retningslinjer?

Er veilederen nyttig i forhold til vurderingene?

Hvilke erfaringer har du med henvisningene?

Hvilke faktorer vektlegge i vurderingene? Opplevelse av variasjon og motstridende hensyn i prosessen:

Hvilke forhold legger dere vekt på i vurderingene?

Fakta eller manglende fakta i henvisningen?

Tolkning av innholdet henvisningen? Hva tar dere hensyn til? Kontekstuelle faktorer?

Vurdering av mulighet for prognosetap og nedsatt livskvalitet?

Ser dere på behandlingsmuligheter/nytte?

Enhetens økonomi?

Kapasiteten på poliklinikken?

Hva slags behandling?

Lengde/omfang på behandling?

Hvis flere vurderer: Er dere alltid enige om vurderingen? Hvis kun en over tid: Har du undersøkt om dine vurderinger er i tråd med andres?

Opplevelse av identitet som fagperson og kliniker:

Har du en opplevelse av identitet og tilknytning som fagperson/profesjon/kliniker og/eller byråkrat/forvalter av lovverk og tilgang på behandling?

Tilknytning til arbeidssted og enhet eller fag og profesjon?

Opplever du konflikt mellom ulike roller?

Opplever du å være forvalter av tilgang på offentlige/begrensede ressurser;
portvokter/frontlinjebyråkrat?

Ser du etiske problemstillinger/dilemma?

Opplever du administrative og økonomiske føringer og press?

Må du ofte ta stilling til forhold som ligger utenfor det medisinske/helsefaglige?

Evt. oppfølgingsspørsmål eller oppklarende spørsmål. Avslutte med å etterspørre om det er noe intervjupersonen ønsker å legge til.

Kort debriefing om tolkningsprosessen og om det er ønskelig med tilbakemeldinger evt. kopi av rapporten.

--

Innhenting av bakgrunnsinformasjon om enheten (kan innhentes skriftlig per mail før eller etter intervjuet)

Hva slags enhet

Hvor mange ansatte/faggrupper

Om lag hvor mange henvisninger får dere (ukentlig, årlig)

Vurderingsteamets sammensetning mht fagpersoner

Kontakt/samarbeid henvisende instanser

Innhenting av bakgrunnsinformasjon om intervjupersonen (kan også innhentes per mail):

Profesjon/erfaring/bakgrunn

Stilling/ansvarsområde i organisasjonen

Administrativt/økonomisk vs klinisk/faglig ansvar i nåværende stilling

Kjennskap til lovgrunnlaget for rettighetsvurderingene/aktuelle retningslinjer og veiledere

Kjennskap til undersøkelser om rettighetsvurderinger gjort av Riksrevisjonen og Helsetilsynet

Om gjennomføring av rettighetsvurderingene (innhentes per mail hvis mulig):

Kan du fortelle hvordan dere gjennomfører rettighetsvurderinger av henviste pasienter?

Bruker dere noen hjelpemidler?

Hva vurderes?

Tidsbruk (hvor lenge per henvisning)/frekvens (hvor ofte)/vurdering av omfang og kvalitet på henvisningene/innhenting av mer info. eller evt. kaller inn pasienten til vurdering/ hvem gjør hva/ dokumentasjon/ hvem har ansvar for hva? Hvordan kommer man til en konklusjon/konsensus?

